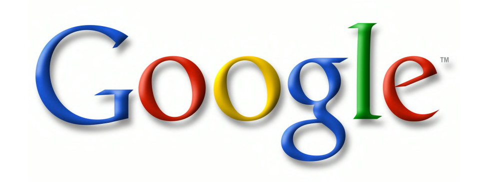
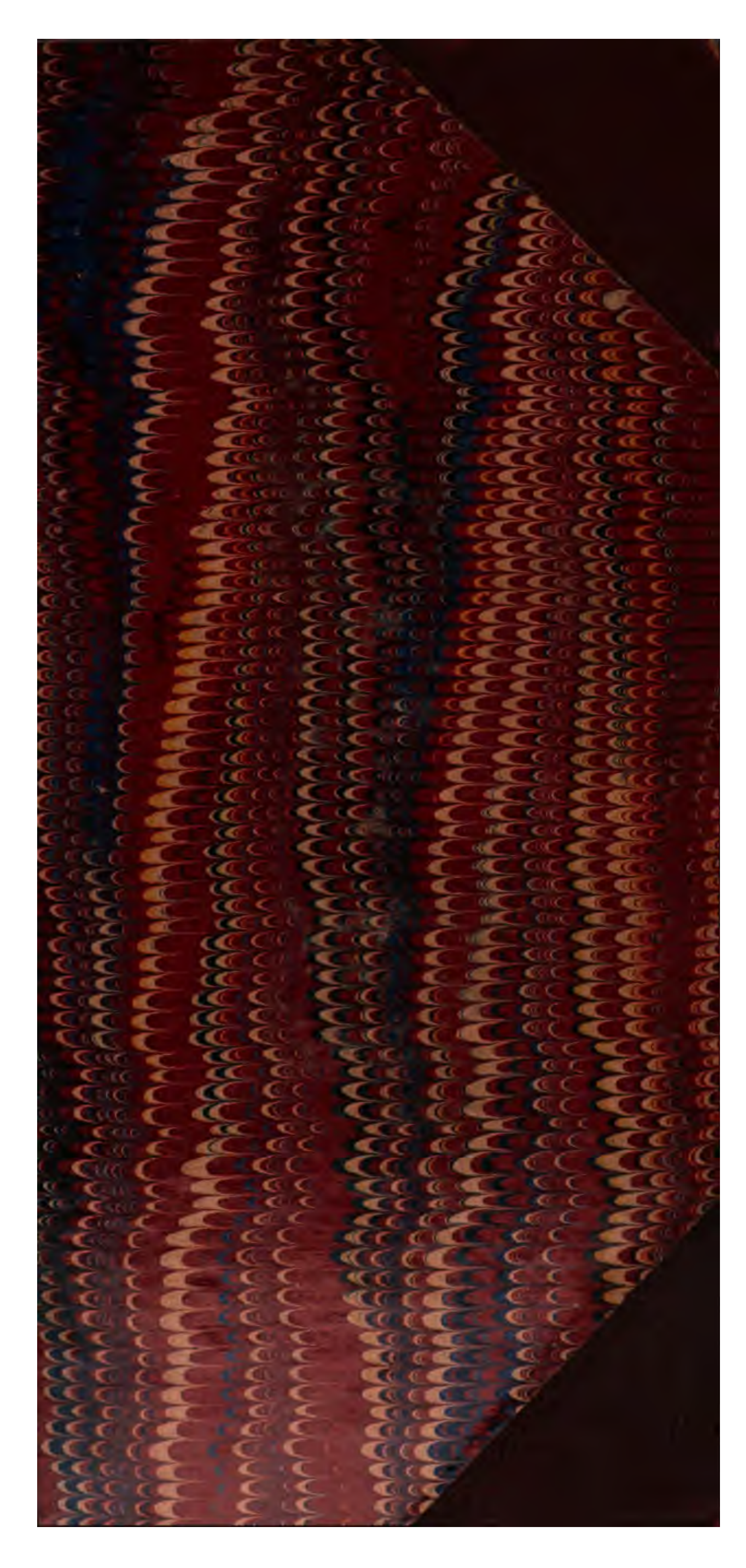
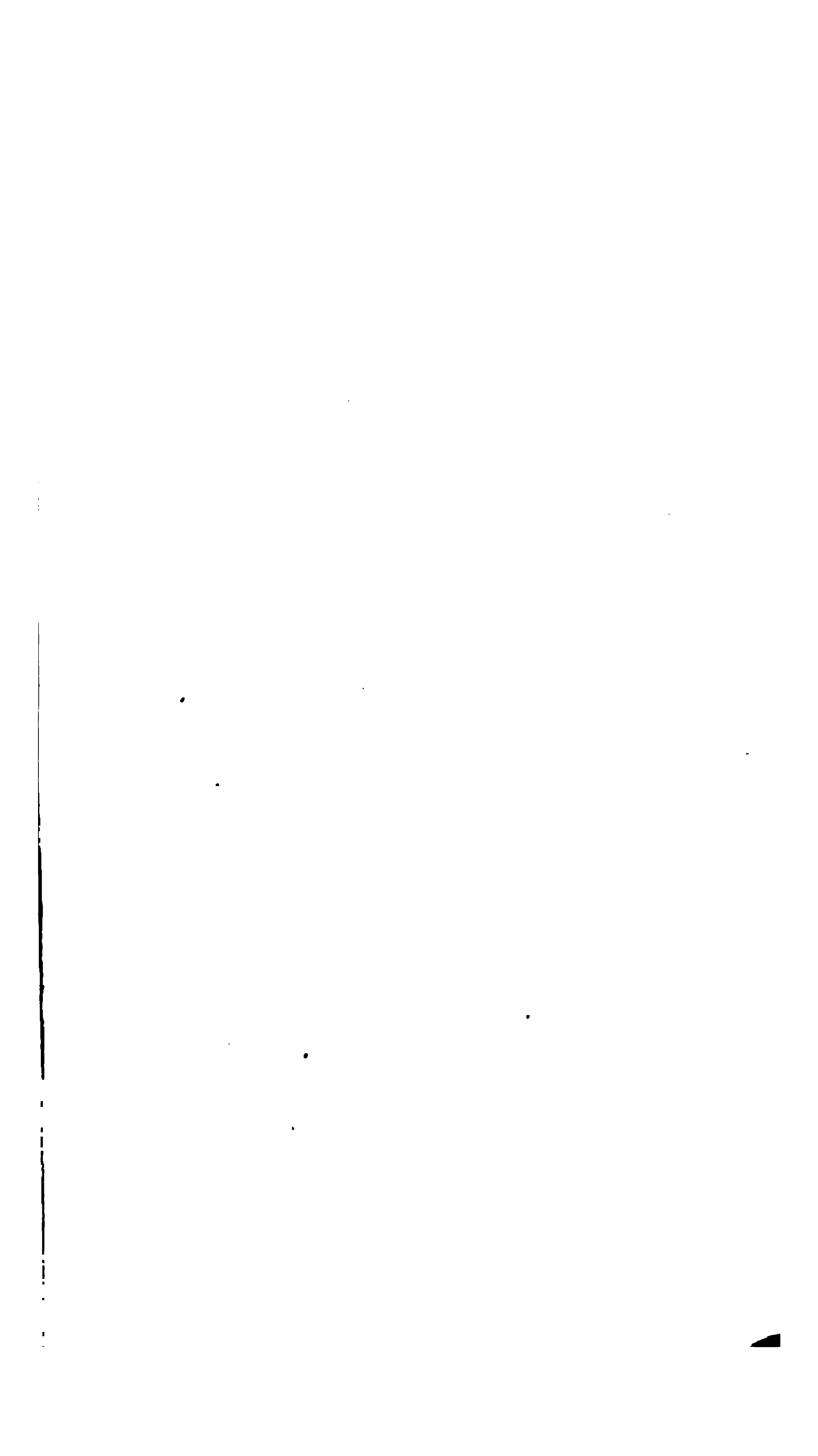






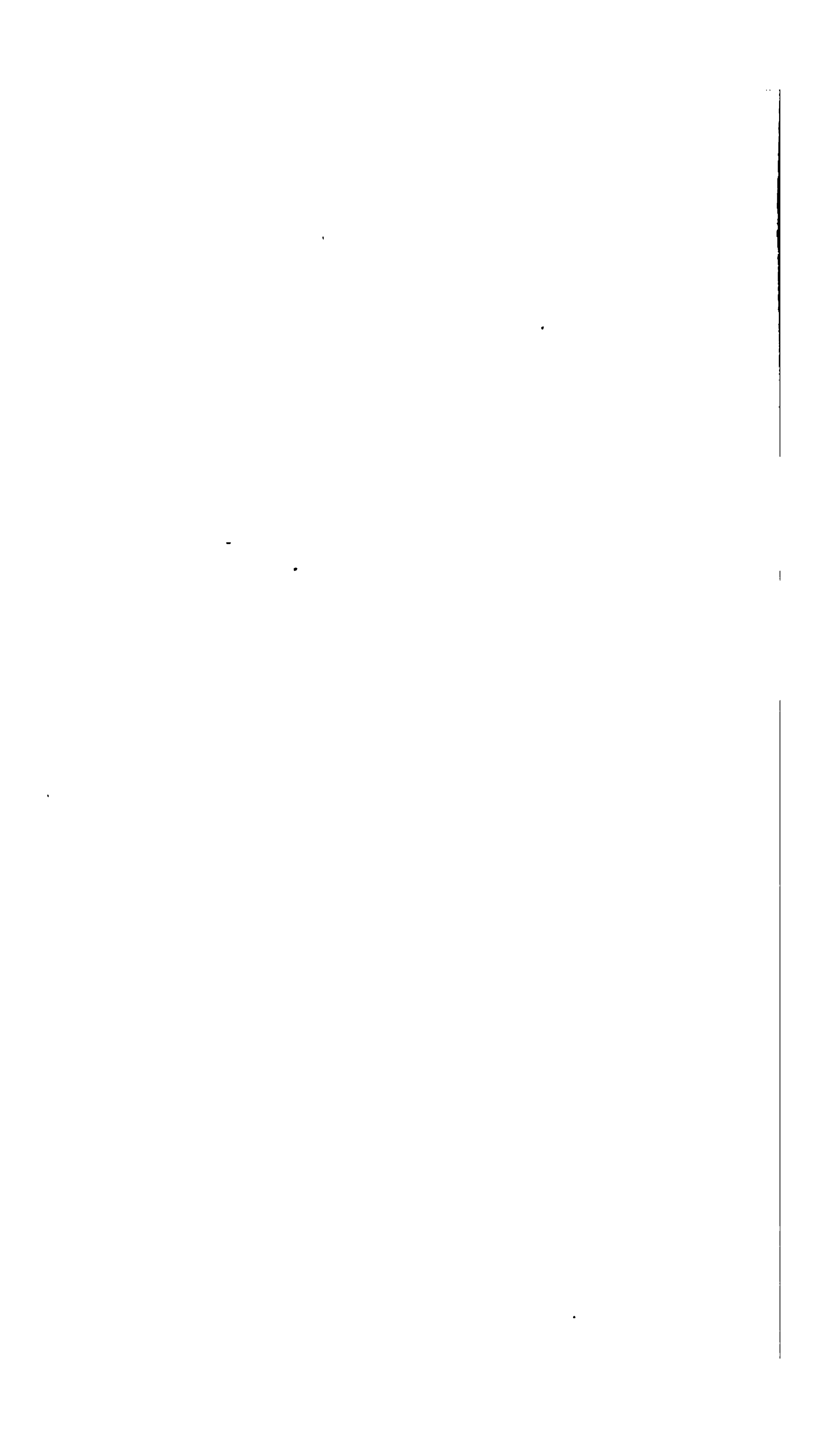




ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

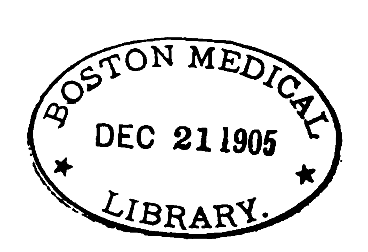
MM. ABADIE (J.), ALQUIER, ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOYER (J.), BOURDIN, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CARRIER (G.), CAUDRON, CESTAN, CHARDON, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DROMARD, DUPOUY, FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GRASSET, HUET, KERAVAL, KOUINDJY, LADAME, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), Mlle REINE MAUGERET, MIERZEJEWSKI, MIGNOT, MIRALLIÉ, MOURATOFF (W. A.), MUSGRAVE-CLAY, PARIS (A.), DE PERRY, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), REGNIER (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), ROY, SIMON, SÉGLAS, SÉRIEUX, SANTENOISE, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, TAGUET, TCHIRIEW, THULIÉ (H.), URRIOLA, VALLON, VIGOUROUX, VILLARD, VOISIN (J.), WEBER, YVON (P.).

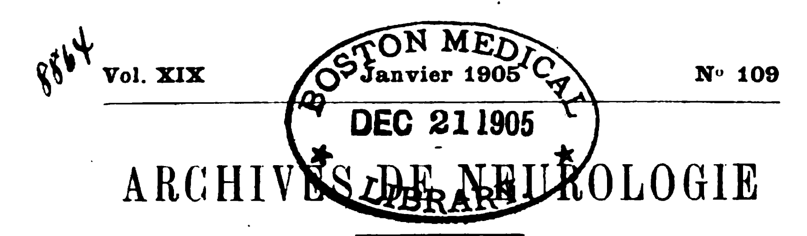
Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** ET **J. NOIR**

Deuxième série, tome XIX. — 1905.
Avec 26 figures dans le texte

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes*

1905


BOSTON MEDICAL
DEC 21 1905
LIBRARY.



Vol. XIX Janvier 1905 N° 109

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES.

Paralysie faciale périphérique due à un fibro-sarcome englobant le nerf à sa sortie du bulbe

Par MM. F. RAYMOND, HUET et ALQUIER.

Le cas que nous nous proposons d'étudier dans ce travail est intéressant à un double point de vue : en premier lieu il est rare de voir une tumeur, occupant la partie latérale du bulbe, ne donner lieu à aucun autre symptôme qu'une paralysie faciale périphérique. Mais ce qui nous paraît digne d'intérêt, c'est l'origine et la nature de cette tumeur.

OBSERVATION CLINIQUE. — La malade, hospitalisée à la Salpêtrière était âgée de 74 ans lors du premier examen. Jusqu'à 60 ans, elle avait toujours joui d'une bonne santé : en particulier pas de syphilis. Elle avait eu 18 enfants, dont 6 encore actuellement vivants.

Depuis l'âge de 60 ans, bronchites fréquentes. A l'âge de 66 ans, à la suite d'une bronchite ayant duré environ trois mois, elle s'aperçut d'une paralysie faciale gauche, survenue sans cause apparente. Peu après, survint une ophtalmie de l'œil gauche, qui fut traitée aux Quinze-Vingts par la suture des paupières.

Lors du premier examen, on constate une paralysie faciale gauche atteignant aussi bien le facial supérieur que l'inférieur, paralysie très prononcée, flasque (*fig.* 1). L'excitabilité faradique des nerfs et des muscles paraît abolie. L'excitabilité galvanique

des muscles est fortement diminuée et présente des modifications qualitatives indiquant nettement la réaction de dégénérescence. La malade dit, en outre, que ses lèvres lui semblent comme enflées : elle éprouve la sensation que ses lèvres lui « remontent jusque sous le nez ». Cette sensation, purement subjec-



Fig. 1.

tive, est surtout nette le matin, au réveil ; elle diminue dans la journée.

La sensibilité au tact et à la piqûre paraît conservée dans la moitié gauche de la figure, et semble la même qu'à droite.

Deux ans après, la malade se plaignait de douleurs névralgi-

ques au-dessous de l'œil sur la joue gauche, et le long de l'arcade alvéolaire supérieure, où il ne reste plus de dents, depuis longtemps. La paralysie est demeurée stationnaire, tant au point de vue esthétique, qu'à celui des réactions électriques.

Les symptômes n'ont subi aucune modification notable depuis l'âge de 74 ans, jusqu'à celui de 79 ans. La malade succomba à cette époque, au cours d'une épidémie de grippe. Pendant 5 ans, la paralysie faciale était demeurée le seul symptôme, sans que rien ne vienne attirer l'attention du côté des membres, ou des nerfs bulbaires.

Autopsie. — La mort semble due à une broncho-pneumonie.

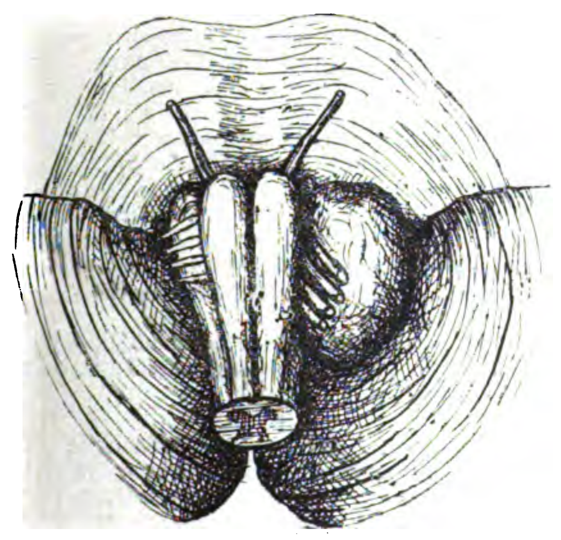


Fig. 2.

Sur le côté gauche du bulbe entre lui et le cervelet, on trouve *fig.* 2, une tumeur du volume d'une petite noix, de forme irrégulièrement sphérique présentant de nombreuses bosselures inégales. Sa coloration est d'un blanc rosé avec points hémorrhagiques comme celle d'un sarcome, mais la consistance est plus dure, c'est celle d'un fibrome.

Cette tumeur est située entre le cervelet, auquel elle adhère et le bulbe qu'elle refoule vers la droite mais avec lequel elle n'a que des rapports de contiguïté ; sa limite supérieure est un peu au-dessus du sillon bulbo-protubérantiel. Son extrémité inférieure

légèrement effilée, affleure le bas de l'olive bulbaire. Les racines de l'hypoglose passent au devant de la tumeur, dont elles restent indépendantes ; le nerf est seulement légèrement refoulé en avant et en dedans. La pyramide gauche n'est pas en contact avec la tumeur. En soulevant celle-ci, on voit qu'elle marque son empreinte sous forme d'un léger sillon sur la partie postérieure de l'olive et le bord inférieur de la protubérance : les nerfs (VIII, IX et X) sont refoulés en arrière, mais nettement indépendants du néoplasme. Au contraire, le facial traverse la tumeur, à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs : l'entrée du nerf se fait au fond d'une petite dépression en entonnoir ; à sa sortie, il est accompagné sur un trajet de 2 millimètres par un petit prolongement de la tumeur.

En somme, tumeur d'apparence fibro-sarcomateuse adhérente au cervelet et comme embrochée par le facial.

Pas d'autre altération appréciable à l'œil nu, des centres nerveux, sauf, à la partie postérieure de la moelle dorso-lombaire, de nombreuses plaques ossiformes développées dans l'épaisseur des méninges molles et que l'examen microscopique montra constituées, comme le tissu osseux véritable, par des lames de substance ayant les caractères de la substance osseuse contenant des ostéoblastes et circonscrivant des cavités renfermant une véritable moelle osseuse. Seule, l'infiltration calcaire faisait défaut, les plaques les plus volumineuses offrant la consistance de l'os décalcifié et se laissant aisément débiter en coupes sans préparation spéciale.

Tous les peauciers de la face, soigneusement disséqués, sont notablement atrophiés à gauche par comparaison avec ceux du côté droit.

Examen histologique. — 1° La *tumeur* (fixation par le formol à 10 % coloration au picro-carmin ou à l'hématéine, éosine) est bien un fibro-sarcome. Sa masse principale est constituée par des faisceaux fibreux, épais, serrés les uns contre les autres avec, dans les interstices, des cellules polymorphes. Pas de fibres élastiques nettes. Les faisceaux fibreux sont tantôt disposés parallèlement les uns aux autres, ailleurs, tourbillonnent autour de vaisseaux sanguins dont les parois sont fibreuses, épaissies. Mais par places, et surtout à la périphérie on voit des points constitués presque exclusivement par des cellules analogues à celles du sarcome vrai (*fig.* 3) ; les faisceaux ont une paroi formée d'éléments jeunes, fusiformes ou même presque arrondis. Il s'agit donc bien d'un fibro-sarcome, se rapprochant par son ensemble du fibrome plus que du sarcome. Les points d'apparence hémorrhagique correspondent à des vaisseaux volumineux, gorgés de sang, plutôt qu'à des hémorrhagies véritables.

A sa périphérie, la tumeur est entourée d'une coque fibreuse disposée en lamelles concentriques. Cette coque adhère en beaucoup de points avec la pie-mère du cervelet.

La partie voisine du lobe cérébelleux gauche est comprimée par le néoplasme, qui s'y creuse une gouttière, aux dépens des circonvolutions sous-jacentes, qui sont aplaties, atrophiées, ou même, complètement détruites.

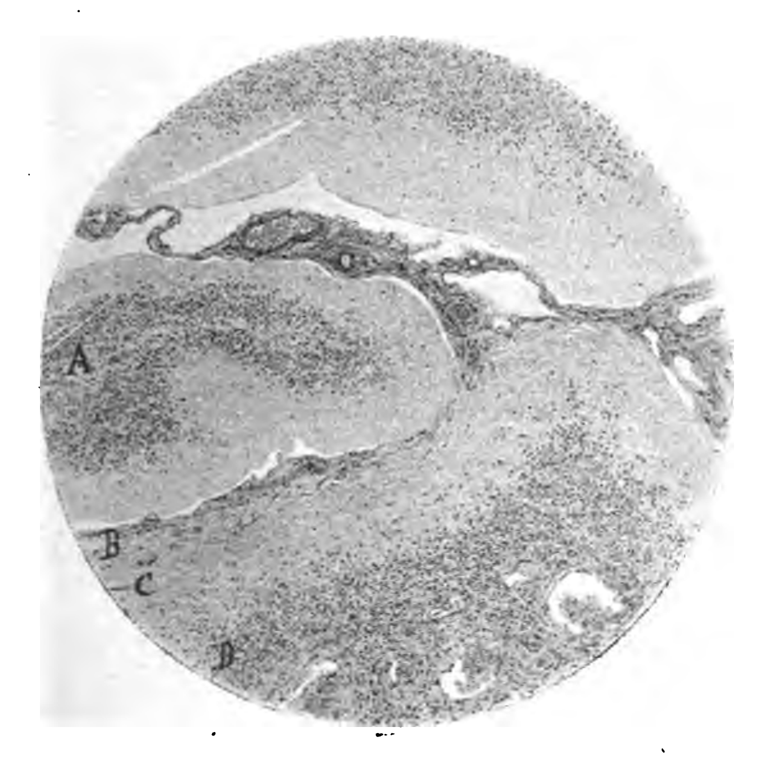


Fig. 3. — A, cervelet — B, méninges. — C, coque fibreuse. — D, tumeur (point sarcomateux).

2° Le *facial* a été étudié sur les trois points suivants de son trajet.

a) A sa sortie du bulbe, il s'enfonce presque immédiatement dans le néoplasme ; sa gaîne se confond avec le tissu fibreux ambiant et cesse d'être perceptible ; les faisceaux nerveux sont dissociés par le tissu fibreux ; les fibres s'atrophient très vite et ces-

sent d'être perceptibles, les gaines de myéline étant de plus en plus réduites d'épaisseur à mesure qu'on s'approche du centre de la tumeur. Cependant, il ne semble pas que les cylindres-axes soient interrompus ; on les distingue nettement, aussi loin qu'on peut suivre les fibres nerveuses.

En plein centre de la tumeur, un seul des faisceaux du nerf facial est encore nettement différencié. Il est formé de fibres, d'apparence presque intactes, et entouré d'une gaine lamelleuse très épaisse. L'aspect est celui d'un nerf atteint de neuro-fibromatose, tel qu'on le trouve figuré dans les ouvrages classiques.

b. Le tronc du facial, après sa traversée parotidienne, présente une atrophie considérable de ses faisceaux, qui, sur une coupe transversale, sont moitié moins volumineux que ceux du facial droit. La gaine du nerf, les gaines périfasciculaires et le tissu interstitiel sont très épaissis, sclérosés. Mais les fibres nerveuses ne sont pas détruites, leur cylindre-axe est net ; leur gaine de myéline, simplement atrophiée, ne présentent, au Marchi, que des altérations peu considérables.

c. La branche temporale du facial présente une atrophie notable des faisceaux de fibres nerveuses, avec sclérose bien moins considérable que le tronc de ce nerf.

3° Les *ganglions de Gasser*, des deux côtés, renferment un certain nombre de cellules, atteintes de chromatolyse surtout périphérique ; quelques-unes sont pigmentées ; parfois la chromatine est à l'état diffus. On peut seulement dire que ces lésions sont nettement plus accusées à gauche qu'à droite.

4° Les *peauciers de la face* (orbiculaire des paupières, grand zygomatique, orbiculaire des lèvres, muscles du menton) sont très atrophiés à gauche, par comparaison avec ceux du côté droit : il s'agit d'atrophie simple sans sclérose.

5° Le *bulbe* ne présente d'autre altération que les suivantes : dans le noyau du facial gauche : atrophie simple de nombreuses cellules, quelques-unes ayant conservé leur aspect normal. Dans le noyau de la VIe paire gauche, même atrophie de nombreuses cellules, la partie ventrale et externe du noyau étant seule complètement respectée.

Nous n'avons contaté aucune lésion dégénérative, ni des fibres motrices, ni des fibres sensitives, dans la protubérance ou la moelle.

Enfin, les VIIIe IXe et X^e paires du côté gauche présentaient un aspect à peu près normal, c'est à peine si les tissus ambiants étaient un peu plus denses que normalement, les fibres nerveuses semblaient indemnes d'altérations notables, après l'action du picro-carmin, ou de la méthode de Marchi.

En résumé, la paralysie du facial gauche, survenue à l'âge de 66 ans, 13 ans avant la mort, était rapidement devenue complète. Les constatations anatomiques permettent de rapporter cette paralysie à l'existence d'un fibro-sarcome englobant et comprimant le nerf à sa sortie du bulbe, refoulant simplement l'hypoglosse en avant, les nerfs VIIIe, IXe et Xe en arrière, sans les comprimer, et repoussant le bulbe vers la droite sans déterminer aucune lésion dégénérative des fibres motrices ou sensitives, ce qui explique l'absence de tout signe bulbaire, et l'impossibilité, dans ce cas, de diagnostiquer pendant la vie, la véritable nature de la paralysie.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic anatomique, qui ne nous semble pas douteux ; il s'agit évidemment d'un fibro-sarcome conjonctif, se rapprochant dans son ensemble, du fibrome, plus que du sarcome. Mais il importe de préciser l'origine de ce néoplasme.

En décrivant les résultats de l'autopsie, nous avons dit que la tumeur ne présentait d'adhérences qu'en deux points : au niveau du cervelet et du facial, qui la traversait de part en part ; partout ailleurs elle était absolument libre, ne contractant, avec des tissus voisins, que des rapports de contiguïté. Le point de départ ne saurait se trouver par conséquent qu'au niveau des deux points où il existait des adhérences : le cervelet et le facial.

Or, il ne s'agit certainement pas d'un fibro-sarcome né aux dépens du cervelet : la tumeur est, non un gliome, mais bien un fibro-sarcome conjonctif, nettement délimité d'avec le tissu nerveux du cervelet qui est simplement atrophié et détruit par compression ; elle ne provient pas davantage des méninges cérébelleuses qui, comme le montre notre fig. 2, ne font qu'adhérer au niveau des points les plus comprimés, à la coque entourant la tumeur, mais ont conservé nettement, presque partout, leur individualité.

Tout autres sont les connexions du néoplasme et du facial. Immédiatement après que ce dernier a pénétré dans la tumeur, sa gaine cesse d'être perceptible ; elle semble se confondre avec le tissu constituant la tumeur, les faisceaux nerveux sont dissociés et comme étouffés par le tissu fibreux ; un faisceau nerveux, demeuré visible au cen-

tre de la tumeur, présente l'aspect typique d'une coupe d'un nerf atteint de neuro-fibromatose. Il semble donc logique d'admettre que *le fibro-sarcome est né aux dépens de la gaine du facial à sa sortie du bulbe.*

Au cours des dernières années, divers travaux notamment l'important mémoire de Henneberg et Max Koch (1) la communication de Philippe, Cestan et Oberthür au Congrès de Grenoble (2), ont établi l'existence, à côté de la maladie de Recklinghausen ou *neuro-fibromatose*, d'une variété nosologique spéciale, la *neuro-fibro-sarcomatose*, dont Cestan (3) a précisé ainsi les caractères histologiques : « C'est un épaississement concentrique ou en croissant de la face interne, épaississement des cloisons de l'endonèvre, infiltration diffuse, dissociant, entourant les fibres nerveuses sans les détruire. La différence consiste dans le type histologique de l'infiltration : fibromateux, bénin dans la maladie de Recklinghausen, sarcomateux, malin, dans la neuro-fibromatose. »

Dans le cas actuel, il s'agit d'un fibro-sarcome né aux dépens de la gaine du facial, à sa sortie du bulbe, dissociant et comprimant les fibres nerveuses, qui, après avoir traversé la tumeur, sont frappées d'atrophie. Mais, c'est ce qui fait l'intérêt principal de ce travail, tandis que dans la neuro-fibro-sarcomatose, on trouve d'habitude des tumeurs multiples dans les centres nerveux, les racines ou les nerfs périphériques, nous n'avons pu déceler aucune autre localisation sarcomateuse en aucun point des centres nerveux, ni dans les racines, bien que la paralysie faciale existât depuis 13 ans.

Voilà donc un fait de neuro-fibro-sarcome, identique comme structure aux tumeurs multiples de la neuro-fibro-sarcomatose, mais étant demeuré pendant 13 ans localisé au facial et non à l'acoustique, la localisation préférée de la neuro-fibromatose.

(1) HENNEBERG et MAX KOCH. — *Arch. f. psychiatrie u. nerven Krank*, tome XXXVI, p. 250-305 (avec figures), 1902.

(2) Philippe CESTAN et OBERTHÜR. — *Sarcomes et sarcomatose du système nerveux* (Congrès des neurolog. et aliénistes français, Grenoble 1902.

(3) CESTAN. — *La neuro-fibro-sarcomatose*. (*Revue neurologique* 1903, p. 745.)

THÉRAPEUTIQUE

Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal chez quelques aliénés;

Paul SÉRIEUX et Roger MIGNOT

Depuis le mois de mars 1904, à la maison de santé de Ville-Evrard, nous employons le véronal chez les malades atteints d'insomnie. Nous désirons faire connaître les résultats obtenus dans une vingtaine de cas observés avec soin, de mars en août.

Grâce au nombre relativement élevé de nos veilleurs et veilleuses, il nous a été possible d'obtenir chaque jour une observation détaillée sur l'état pendant la nuit des malades en traitement. Au moyen de ces renseignements, nous avons, pour chaque malade, tracé un double graphique représentant, l'un la durée du sommeil exprimé en heures et demi-heures, l'autre la manière dont ces heures se répartissent pendant la nuit. Il nous est malheureusement impossible de publier ces graphiques en raison de leur étendue et de leur nombre ; nous le regrettons d'autant plus que, comparés aux graphiques obtenus quand le médicament n'était pas administré, ils rendent saisissante l'action de celui-ci.

Les malades dont les observations suivent n'ont pas été choisis, nous avons pris les cas au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Le médicament a été donné en cachet avec une infusion chaude ou en suspension dans l'eau ou le lait ou même mélangé aux aliments.

Mélancolie. — OBSERVATION I. — Mme X., 63 ans, est atteinte depuis 1898 de mélancolie ; l'intelligence est actuellement affaiblie mais le délire, l'anxiété et l'insomnie persistent. Sans hypnotique cette malade ne dort pas plus de 3 heures par nuit. Grâce au véronal, à la dose de 0,30 centigrammes, nous obtenons un sommeil régulier et prolongé : en 46 nuits la moyenne est de 7 heures et demie. L'action du médicament se fait sentir de une heure et demie à deux heures après la prise. En même

temps que le sommeil est revenu, l'agitation mélancolique est moins marquée pendant le jour.

Après 4 mois d'emploi journalier, nous n'observons pas d'accoutumance ; à plusieurs reprises nous avons essayé de cesser le médicament, au bout de 2 ou 3 jours l'insomnie se reproduisait et l'agitation augmentait.

Obs. II. — Mme O., 51 ans, est soignée à Ville-Evrard depuis 1900 pour un délire mélancolique très intense avec impulsions au suicide. L'insomnie est constante, on est quotidiennement obligé de donner un hypnotique, mais l'accoutumance se produit assez vite avec le chloral, le trional, etc. Depuis le 2 avril 1904, cette malade prend tous les soirs à 8 heures 0,50 centigr. de véronal, elle s'endort à 8 heures 1/2 ou 9 heures et en 134 jours la moyenne des heures de sommeil a été de 8 heures d'un repos paisible et continu. Après 2 mois 1/2 d'emploi, nous avons essayé de supprimer le médicament à l'insu de la malade ; dès la seconde nuit elle ne dormait plus et en même temps le délire prenait une acuité nouvelle, l'anxiété était extrême, les idées de suicide devenaient incessantes. A plusieurs reprises la suppression du véronal s'est accompagnée des mêmes phénomènes et son emploi a produit une sédation manifeste des mêmes symptômes.

Obs. III. — Mme P., 57 ans, présente depuis juin 1903 un délire mélancolique avec un état d'anxiété presque continu. L'extrait thébaïque tout en calmant l'anxiété n'améliore pas l'insomnie.

Le 19 mars nous donnons le véronal à la dose de 0,30 centigrammes ; après une dizaine de jours d'emploi, le sommeil devient régulier et prolongé : en 51 jours la moyenne des heures de sommeil est de 7 heures. Le sommeil se produisait de 1 h. à 1 heure 1/2 après la prise. Quand nous avons cessé le médicament, la malade était guérie de son état mélancolique et l'habitude du sommeil était reprise. Après 4 mois nous avons revu la malade qui continue à se bien porter et à bien dormir.

Obs. IV. — Mlle Q., 76 ans. Depuis 1902 cette malade est mélancolique, l'anxiété est continuelle et arrache des plaintes et des gémissements bruyants ; malgré l'âge et la maladie mentale, il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel.

Depuis le début de la maladie, l'insomnie est persistante, la malade passe ses nuits debout à frapper à sa porte en appelant ; sous l'influence de la station debout prolongée et des troubles vaso-moteurs, les jambes et les mains sont très enflées. Depuis le début de la maladie et même avant son entrée à Ville-Evrard, la malade prenait l'extrait thébaïque à haute dose (0,25, 0,30 centigr.)

mais sans profit au point de vue de l'insomnie. Contre celle-ci nous employons successivement les bromures, le trional, le sulfonal, le chloral ; les médicaments agissent 2 ou 3 jours puis la malade ne dort plus et reste debout jour et nuit. La paraldéhyde produit même un effet paradoxal, l'agitation nocturne et l'anxiété augmentent après son emploi. Le 3 mars nous ordonnons le véronal à la dose de 0,50 centigrammes ; dès les premières nuits la malade reste au lit durant quelques heures et dort ; pendant les 3 premières semaines, l'action du médicament est irrégulière, des nuits de 3 à 4 heures alternent avec des nuits de 10 à 11 heures. Dès le second mois l'effet du médicament devient plus régulier et plus constant : en 144 nuits la moyenne a été de 7 heures de sommeil. Avec le retour du repos, l'anxiété a diminué, l'agitation mélancolique s'est beaucoup réduite, l'enflure des jambes et des mains a disparu, la malade restant étendue la nuit et consentant le jour à s'asseoir. Actuellement, après huit mois d'emploi, l'accoutumance ne s'est pas produite. A plusieurs reprises nous avons essayé de supprimer le véronal ; rapidement l'insomnie, l'anxiété, la station debout prolongée sont redevenues telles qu'elles étaient autrefois.

Obs. V. — Mme R., 56 ans, est atteinte depuis 1903 de dépression mélancolique avec idées obsédantes et impulsions diverses. Depuis la même époque elle souffre d'insomnies, ne dormant pas plus de 4 heures par nuit. Le véronal à la dose de 0,50 centigr. augmente la durée du repos, mais d'une manière irrégulière ; il fallut atteindre la dose de 0.80 centigr. pour obtenir d'une façon constante un sommeil prolongé : en 120 jours la moyenne a été de plus de 6 heures. Le sommeil apparaissait rapidement après la prise du médicament, de 30 minutes à 1 heure. En même temps que les nuits devenaient meilleures, l'anxiété et l'agitation de la malade diminuaient, une amélioration très manifeste de l'état mental était constatée. A plusieurs reprises, nous avons tenté de cesser le médicament, même à l'insu de la malade ; rapidement l'insomnie se reproduisait et les troubles mentaux reprenaient leur acuité. Actuellement, après 7 mois d'emploi, nous n'observons pas d'accoutumance.

Obs. VI. — Mme S., 32 ans, présente depuis 1903 un délire mélancolique avec idées obsédantes ; c'est une dégénérée avec stigmates hystériques. Elle souffre d'insomnie, ne dort guère plus de 3 heures par nuit. En 29 jours, avec une dose de 0,30 centig. la moyenne des heures de sommeil a été de 7 heures. Nous devons ajouter que cette malade a pris du véronal à un moment où les troubles intellectuels étaient en régression et où l'insomnie apparaissait comme le dernier symptôme important.

Obs. VII. — Mlle T., 26 ans, est une dégénérée dont l'état dépressif est lié à des idées obsédantes. L'anxiété est très marquée et l'insomnie habituelle. Avec des doses variant de 0,15 à 0,50 centigr., nous obtenons en 92 jours une moyenne de 6 heures 1/2 de sommeil. Actuellement, après 5 mois d'emploi,il n'y a pas d'accoutumance. Les troubles mentaux se sont améliorés, mais on ne peut cesser le médicament sans voir se reproduire l'insomnie. Chez cette malade le sommeil survenait assez tard après la prise du médicament, de 2 heures 1/2 à 3 heures.

L'action du Véronal a été tout à fait remarquable chez nos mélancoliques. Ce médicament, aux doses moyennes de 0,30 à 0,50 centigr., s'est montré supérieur aux autres hypnotiques employés par nous antérieurement ; il a produit environ une ou deux heures après l'ingestion, un sommeil calme, continu et suffisamment long ; malgré un usage très prolongé, nous n'avons pas observé d'accoutumance.

En même temps que l'action hypnotique et, vraisemblablement à cause de cette action, nous avons constaté une diminution de l'anxiété et de l'agitation mélancolique ; aucune influence sur le délire et sur l'état dépressif n'a été observée.

Démence précoce. — Obs. VIII. — Mme E., 42 ans, a présenté en 1898 les premiers symptômes d'un délire incohérent de persécution et de grandeur, accompagné d'hallucinations nombreuses qui s'est rapidement terminé par la démence. Actuellement cette malade offre le tableau habituel de la démence paranoïde avec état chronique d'agitation et d'insomnie.

La moyenne des heures de sommeil produites par le véronal aux doses de 0,50 à 0,80 centigr. pendant 72 jours a été de 5 heures. Le repos était continu. La moyenne était, en 31 nuits, de 3 heures 30 avec 2 grammes de chloral et de 4 heures, en 73 nuits, avec 1 gr. 50 de sulfonal.

L'action du véronal était plus active après quelques jours d'emploi. Le sommeil apparaissait de 1 heure à 1 heure 1/2 après la prise. En l'absence d'hypnotique, le repos devenait nul ou tout à fait insuffisant.

Obs. IX. — Mme F., 47 ans, malade depuis 1901, est actuellement démente. Elle vit dans un état d'agitation incessante et ses nuits sont sans repos. L'action du véronal a été favorable chez cette malade qui ne dormait guère plus de 3 heures 1/2 sans

médicament. Le véronal, excepté aux moments où l'agitation atteignait son paroxysme, procurait de longues nuits; la moyenne générale en 143 jours a été de 7 heures. Malgré un emploi prolongé pendant plus de 8 mois, nous n'observons pas d'accoutumance et dès que le médicament est supprimé, l'insomnie se reproduit. L'action hypnotique se fait sentir environ 2 heures après la prise.

Obs. X. — Mlle G., 31 ans, malade depuis 1898, présente actuellement les symptômes de la démence hébéphrénique ; l'agitation quoique peu intense s'accompagne d'insomnie.

Pendant les 140 jours que le véronal a été employé, nous avons obtenu en moyenne 5 heures de sommeil par nuit ; les doses varièrent de 0,30 à 0,60 centigr. A la fin du traitement, le sommeil était plus prolongé et plus régulier. L'action du véronal était manifeste, puisque, le médicament ayant été supprimé pendant 7 jours, nous n'avons obtenu pendant ce laps de temps que 15 heures de sommeil. L'effet hypnotique était produit de 1 heure à 1 heure 1/2 après la prise.

Obs. XI. — Mme H., 42 ans. Après une période de confusion mentale (1898) avec excitation maniaque, à laquelle a fait suite une phase de dépression et de délire, la malade est devenue démente. Actuellement elle vit dans un état d'agitation automatique incessant. L'insomnie de Mme H. était caractérisée par des nuits assez bonnes alternant avec des nuits blanches ou de 2 à 3 heures de sommeil : ainsi en 14 nuits nous comptâmes 5 h. de sommeil en moyenne mais 3 nuits blanches. Sous l'influence du véronal, à la dose de 0,50 centigr., la durée du sommeil se régularise et atteint la moyenne de 8 h. en 157 nuits ; pendant tout ce temps aucune nuit blanche. L'action médicamenteuse se fait sentir environ 2 heures après la prise. Alors que les hypnotiques habituels produisent rapidement l'accoutumance, le véronal, au moment où nous écrivons, après 8 mois d'usage journalier, continue son action bienfaisante. A plusieurs reprises nous avons tenté de le supprimer, mais l'insomnie reparaissait après 2 ou 3 nuits. Nous avons observé chez cette malade une diminution très notable de l'agitation pendant la veille depuis l'emploi du véronal ; lors de la suppression du médicament, l'insomnie et l'agitation reparurent parallèlement.

Obs. XII. — Mme I., 26 ans, présente depuis avril 1904 les symptômes de l'hébéphrénie ; il existe des signes d'affaiblissement intellectuel mais la démence n'est pas encore très marquée. Sans médicament, cette malade dormait environ 4 heures. Pendant 63 jours de traitement, avec une dose de 0,30 centigr. de véronal, nous avons obtenu une moyenne de 7 heures.

La durée et la régularité du sommeil devinrent plus manifestes après une dizaine de jours d'emploi. Le sommeil commençait de 30 minutes à 1 heure 1/2 après la prise. Aujourd'hui, après 5, mois l'accoutumance ne s'est pas produite.

Obs. XIII. — M. K., 15 ans, entré en février 1904 en état de stupeur, présente depuis juillet de l'agitation catatonique. Chez ce malade, l'action hypnotique aux doses de 0,30 et 0,50 centigr. a été à peu près nulle : le sommeil était avant l'usage du véronal d'une durée de 6 h. mais entrecoupé de fréquents réveils ; depuis nous n'avons pas obtenu un sommeil plus régulier et en 76 jours de traitement la moyenne n'a été que de 7 heures par nuit.

Excepté chez un catatonique, à la période initiale de la maladie, le véronal a eu dans 5 observations de démence précoce une action bienfaisante sur l'insomnie coexistante avec des états d'agitation. Le sommeil se produisait en général une heure et demie après la prise du médicament et devenait à la fois plus prolongé et plus régulier. L'accoutumance n'a pas été observée après un emploi quotidien prolongé pendant 8 mois. (Obs. XI et Obs. IX.)

Paralysie générale. — Obs. XIV. — M. A. 50 ans, présente l'ensemble des symptômes classiques de la paralysie générale depuis l'année 1902. Interné en 1903 à la suite d'un état d'excitation maniaque, son agitation reste continuelle et s'accompagne d'insomnie.

Par l'emploi du véronal à la dose de 0,30 centigr., nous n'avons obtenu aucune amélioration : en 36 jours d'emploi, la moyenne des heures de sommeil n'a été que de 5 h. 30 par nuit ; en outre le repos n'était pas continu, le malade se réveillait à trois ou quatre reprises et restait éveillé chaque fois pendant une ou plusieurs heures. Le premier sommeil ne se produisait que plusieurs heures après la prise du médicament.

Obs. XV. — M. B., 49 ans, atteint de paralysie générale depuis 1902, est constamment dans un état d'excitation très marqué qu'entretiennent des hallucinations auditives nombreuses. Depuis le début de la maladie, l'insomnie est persistante.

Le véronal est administré du 29 mars au 17 juillet, mais nous n'observons aucune amélioration de l'insomnie, malgré les doses allant en augmentant de 0,30 centigr. à 1 gramme. La moyenne de 130 nuits a été de 5 heures, durée habituellement observée sans médicament. Cette durée du sommeil pourrait être considérée comme suffisante si le repos était continu, mais il est au contraire entrecoupé de longs réveils malgré le médicament.

Obs. XVI. — Mme C., 40 ans, est atteinte de paralysie générale depuis 1899. Elle est actuellement tout à fait démente, mais l'agitation et les hallucinations persistent et s'accompagnent d'une insomnie tenace.

Le véronal a été employé pendant 108 jours, et la durée du sommeil a été de 6 heures environ par nuit. Cette durée n'était que de 5 heures avec 0,30 centigr. du médicament, et nous avons dû atteindre la dose de 0,80 centigr. Quelle que fût la dose employée, le sommeil était interrompu par des réveils fréquents et se prolongeant de 1 à plusieurs heures. Malgré le médicament nous comptâmes des nuits blanches. Le sommeil ne se produisait en général que 3 heures après la prise.

Obs. XVII. — M. D., 35 ans, présente depuis 1903, les symptômes de la démence paralytique. Il n'a pas de délire, c'est la dépression qui prédomine, elle s'accompagne de préoccupations hypocondriaques. Le malade se plaint d'insomnie complète, en réalité il dort 4 à 5 heures par nuit.

Du 6 juin au 12 août 1904, nous administrons tous les soirs 0,30 centig. de véronal ; sous l'influence du médicament, le sommeil se prolonge 7 heures, moyenne de 60 jours. Après 10 jours d'emploi, nous supprimons le médicament sans prévenir le malade ; dès la troisième nuit, il ne dort plus que 3 heures, et en 6 jours d'abstention la moyenne n'est que de 4 h. 30. Deux mois environ après le début du traitement, nous pouvons cesser l'emploi du véronal sans que la durée du sommeil s'en ressente.

Le véronal n'a donc produit une action favorable que chez un paralytique général déprimé et hypocondriaque. Chez trois paralytiques en état d'excitation, l'effet du médicament a été à peu près nul, et les nuits sont restées entrecoupées de longs réveils ; le premier sommeil pouvait se faire attendre 4 ou 5 heures et même davantage après la prise. L'action hypnotique était certainement inférieure chez ces malades à celle du bromure, du chloral et des bains prolongés.

Folie périodique. — Obs. XVIII. — Mlle L., 21 ans, présente depuis février 1904 des accès maniaques très intenses d'une durée de 15 jours à 3 semaines suivis d'une période de dépression légère d'égale durée. Il existe en même temps de l'insomnie. Au moment de la phase maniaque, le véronal ne produit aucun effet aux doses de 0,30 à 0,80 centigr. malgré l'association du bromure et des bains prolongés ; l'hypnotique produit son action habituelle au déclin des accès et à la période mélancolique.

OBS. XIX. — Mlle M., 31 ans, est soignée pour son troisième accès maniaque, l'agitation est vive, et la malade ne dort pas plus de 3 heures par nuit. Sous l'influence du médicament, nous obtenons en 71 jours une durée moyenne de 7 heures de sommeil. L'action hypnotique se faisait sentir de 30 minutes à 1 heure après la prise. Le médicament ne produisit tout son effet qu'après quelques jours d'emploi et la durée du sommeil alla en progressant du début à la fin du traitement malgré la persistance de l'état maniaque. Après 71 jours d'emploi, aucun signe d'accoutumance.

De ces deux observations nous ne pouvons tirer aucune déduction, nous les rapportons à simple titre documentaire.

CONCLUSIONS. — Des observations précédentes nous croyons pouvoir tirer quelques conclusions, d'autant plus que depuis le mois d'août l'expérience a confirmé ce que nous avions précédemment constaté et il nous serait aisé de présenter de nouveaux faits.

1° Le véronal a une action hypnotique considérable dans l'insomnie des mélancoliques et des déments agités. Il procure à ces malades un sommeil prolongé et continu. Le sommeil apparaît peu de temps après l'ingestion, en moyenne de une à deux heures. Il importe de trouver la dose nécessaire mais suffisante du médicament ; on peut débuter par 0,30 centigr. et augmenter progressivement sans dépasser un gramme. L'action du véronal est plus marquée et plus régulière après quelques jours d'emploi. On peut dire que l'accoutumance à cet hypnotique est à peu près nulle, puisqu'il procure encore le sommeil à certains de nos malades après huit mois d'un usage journalier et sans augmentation de la dose.

Chez les déments une diminution de l'agitation automatique, chez les mélancoliques une diminution de l'agitation anxieuse, a pu être observée pendant le jour après l'usage du véronal ; il s'agit là probablement non pas d'une action directe mais d'un résultat secondaire au repos de la nuit.

2° L'action hypnotique du véronal chez les paralytiques généraux agités et hallucinés, nous a paru très faible ; le sommeil reste très irrégulier et sa durée ne

semble pas prolongée d'une manière sensible ; nous réserverons notre opinion sur l'influence de ce médicament dans l'insomnie des paralytiques généraux déprimés ou simplement déments.

3° Dans aucune de nos observations, même en employant pendant longtemps un gramme de véronal, nous n'avons constaté les malaises, les vertiges qui ont été signalés chez certains sujets. Malgré leurs troubles mentaux, quelques-uns de nos malades n'auraient pas manqué de nous signaler ces phénomènes s'ils s'étaient produits. Nous n'avons également pas constaté de modifications du pouls ni d'altérations des bruits du cœur ; des vieillards et des individus porteurs de lésions cardiaques ont très bien toléré le médicament.

Nous n'avons pas observé d'albuminurie même après un emploi prolongé et intensif.

4° Actuellement, nous avons administré le véronal à une quarantaine de malades, souvent à des doses élevées (0,80 centigr. à 1 gr.) et dans plusieurs cas pendant des mois ; nous n'avons eu l'occasion de constater qu'un seul cas d'intolérance vis-à-vis de ce médicament, en voici l'observation :

Obs. XX. — Mlle U., 33 ans, soignée une première fois en avril 1904 pour un accès de stupeur hallucinatoire de courte durée, retombe malade fin août. Des hallucinations de l'ouïe accusatrices et menaçantes, des visions terrifiantes provoquent un état anxieux très pénible et un délire mélancolique. En même temps, les nuits sont sans sommeil. Le 27 août, nous ordonnons 50 centigr. de véronal contre l'insomnie et, le lendemain, de l'extrait thébaïque à une dose de 0,02 centigr. qu'on augmente quotidiennement pour arriver, le 6 septembre, à la dose de 0,12 centigr. Malgré ce traitement médicamenteux, auquel sont ajoutés des bains, le délire, les hallucinations, l'anxiété persistent, les tentatives de suicide sont incessantes ; mais les nuits sont assez bonnes et, du 27 août au 6 septembre, la moyenne est de 6 h. 1/2 de repos.

Le 30 août, la malade a la face congestionnée, elle se plaint de la tête, la nuit elle a un vomissement. Le 1er septembre, on remarque que l'hyperesthesie sensorielle est telle que le moindre bruit dans le voisinage la fait tressaillir et pousser des cris.

Le 4 et le 5, la malade souffre de céphalée, de hoquets fréquents, d'une sensation d'étouffement, elle se plaint de la gorge qui est rouge ; pas de fièvre.

Le 6 au matin, nous constatons l'existence d'une éruption localisée aux bras, aux mains, aux cuisses, à la poitrine, au dos. Cette éruption est formée d'éléments qui rappellent ceux de la rougeole, par agglomération, ils forment des placards assez étendus, les démangeaisons sont vives, nous supprimons le véronal et l'extrait thébaïque. (T. R. S. 38,2).

Le 7, l'éruption s'est étendue, elle a gagné la face qui présente tout à fait l'aspect morbilleux. Les muqueuses de la bouche sont très rouges, la lèvre inférieure est enflée et douloureuse et demeurera telle pendant plusieurs jours. (T. R. M. 38,5 ; T. R. S. 37,5).

Le 8, l'éruption est généralisée, la malade se plaint de douleurs au niveau de la tête, des reins, des côtes, du ventre ; elle a de fréquents vomissements alimentaires et muqueux. (T. R. M. 37,2 ; T. R. S. 37,6).

Du 8 au 14 septembre, l'éruption subsiste, mais la rougeur s'éteint peu à peu et fait place à une teinte roussâtre, les démangeaisons restent très vives et réveillent la malade. Les aliments, les liquides sont conservés avec peine par l'estomac. Les vomissements sont douloureux ; la température est redevenue normale. Malgré la persistance des troubles physiques, le délire et les hallucinations, tous les troubles mentaux s'amendent.

Du 15 au 18, le prurit persiste, mais très atténué, le sommeil est redevenu normal, et le 20, on peut considérer la malade comme complètement guérie de son affection mentale et de son intoxication.

RECUEIL DE FAITS

Sclérose atrophique hémisphérique. Imbécillité; hémiplégie droite ; épilepsie ; accès et vertige : démence ;

Par BOURNEVILLE et Reine MAUGERET.

Le titre indique déjà l'intérêt considérable de l'observation que nous allons rapporter et dont à la fin nous relèverons les particularités cliniques et anatomo-pathologiques.

SOMMAIRE. — *Père, fièvre typhoïde à 16 ans; rien de particulier. — Cousin germain, bègue. — Mère : céphalalgies. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans* (mère plus âgée).

Conception, grossesse, accouchement, rien à noter. Première dent à 6 mois, dentition complète à 15 mois. Marche à 9 mois. Propreté à 15 mois. Début de la parole à 4 ans.

Etat de mal convulsif à 6 mois. Convulsions localisées au côté droit, hémiplégie droite consécutive. — Secondes convulsions à 10 mois. — Retour des convulsions tous les 6 mois jusqu'à 2 ans. — Rémission, de 2 ans à 3 ans et 2 mois. — Accès mensuels, toujours localisés à droite, de 3 ans et 2 mois à 7 ans. — Athétose. — De 7 ans à l'entrée, 2 à 3 accès d'épilepsie par jour.

Rougeole à 5 ans. — Oreillons à 6 ans. — Conjonctivite. Marche des accès et des vertiges : affaiblissement intellectuel. —Développement rapide de la tuberculose ; mort.

AUTOPSIE. — *Tuberculose des poumons et des reins. — Épaississement du crane à gauche. — Méningite chronique plus prononcée à gauche. — Nodosités crétacées de la pie-mère cérébrale et cérébelleuse. — Sclérose atrophique de tout l'hémisphère cérébral gauche. — Atrophie croisée du cerveau et du cervelet.*

Tard.. (Marie-Louise), née à Vitry-sur-Seine le 1er avril 1891, est entrée dans le service le 8 août 1899, et y est décédée le 29 janvier 1904.

Antécédents. — PÈRE, 34 ans, cocher de maison bourgeoise. Pas de convulsions. Fièvre typhoïde à 16 ans, à la suite de laquelle il aurait marché 2 mois avec des béquilles, mais il ne lui serait rien resté au point de vue de la mémoire et de l'intelligence. Pas de chorée, pas de rhumatisme, pas de dartres; rien ne permettant de soupçonner la syphilis. Ne boit pas d'alcool, dit la mère. Fume 0 fr. 50 de tabac par semaine. Pas de traumatismes. Caractère un peu vif. Pas de migraines.

[*Sa famille.* — *Père*, 67 ans, et *Mère*, 57 ans, bien portants et sobres. — Pas de renseignements sur les *grand-parents paternels.* — *Grand-père maternel,* mort à 81 ans, ni paralysie, ni démence; ne voyait presque plus; sobre. — *Grand' mère maternelle,* morte à 64 ans, de fluxion de poitrine; — Oncles et tantes paternels : on ne sait pas. — Deux *oncles maternels,* mariés, ont des enfants bien portants; n'ont jamais eu de convulsions, sont sobres. — Deux *tantes maternelles,* ont l'une 6, l'autre 5 enfants qui n'ont pas eu de convulsions,

pas de chorée; etc. — Deux *frères :* l'un a 24 ans, l'autre a 20 ans, célibataires, sobres, pas de convulsions, bien portants. — Pas de sœurs. — Dans le reste de la famille, rien autre à signaler qu'un *cousin germain*, de 14 ans, *bègue*.]

Mère, 36 ans, domestique. Pas de convulsions, ni fièvre typhoïde, ni chorée, ni rhumatisme, ni dartres. Pas d'alcoolisme. Rien n'autorisant de soupçonner la syphilis. Pas de traumatismes. Caractère un peu vif. Mariée à 26 ans. Depuis l'âge de 15 ans, *maux de tête,* survenant de préférence après les règles, mais aussi dans leur intervalle, l'obligeant à se coucher, s'accompagnant de vomissements qui ont cessé depuis un an; ils apparaissaient toutes les semaines pendant qu'elle était enceinte de la malade; puis, après l'accouchement, furent à peu près 2 mois sans se montrer, après quoi ils reparurent comme auparavant; en somme, il est difficile de décider s'il s'agit de vraies migraines.

[*Sa famille.* — *Père*, mort à 36 ans, noyé accidentellement; sobre. — *Mère*, morte usée à 63 ans, on prétendait que c'était une gastrite; rien de particulier. — *Grand-père paternel,* mort à 89 ans, non paralysé. — *Grand'mère paternelle,* et *Grands-parents maternels,* pas de renseignements. — 7 *oncles paternels*, tous mariés, en bonne santé ainsi que leurs enfants, qui n'ont pas eu de convulsions. — Deux *tantes paternelles*, 4 *oncles maternels*, une *tante maternelle*, ont des enfants bien portants; pas de convulsions. — Trois *frères,* sobres, deux *sœurs,* et leurs enfants sont très bien portants, n'ont jamais eu aucun accident nerveux. — Dans le reste de la famille, rien à noter.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (mère plus âgée). — Un seul *enfant*.

Température à l'entrée.

			Matin.	Soir.
8	août 1899	1er jour.............		37°,3
9	— —	2 —	37°	37°,2
10	— —	3 —	37°,4	37°,6
11	— —	4 —	37°,5	37°,4
12	— —	5 —	47°	37°,5

La malade. — Au moment de la *conception,* qui eut lieu trois semaines après le mariage, ni misère, ni alcoolisme, ni émotion, ni état maladif ; sympathie réciproque. — Pendant la *grossesse,* rien à signaler ; pas d'albuminurie, etc. Du 1er mois au jour de l'accouchement, vomissements quotidiens, quelquefois 5 ou 6 par jour. — *Accouchement* à terme, naturel, sans

chloroforme. Durée du travail, 12 heures. Présentation du sommet. Beaucoup d'eaux.

A la naissance, pas d'asphyxie, pas de circulaire autour du cou ; l'enfant a crié tout de suite, elle paraissait bien portante et pesait 10 livres. Nourrie au biberon' (*lait de vache*). Sevrée à 15 mois. — Première dent, à 6 mois. Dentition complète à 15 mois. — A 4 ans seulement, elle commence à parler, mais mal. — Marche à 9 mois, propre à 15 mois.

A 6 mois, première *attaque de convulsions* ; l'enfant semblait normale auparavant. — *Ces convulsions durèrent huit heures,* et *restèrent localisées au côté droit*, seuls le bras et la jambe, à droite, remuaient ; ils restèrent *paralysés* après cet état de mal. — A 10 mois, seconde *attaque de convulsions, également limitées au côté droit*, et durant également 8 heures. A la suite, l'enfant, qui avait commencé à marcher à 9 mois, ne remarcha plus jusqu'à 14 mois, — De 10 mois à 2 ans, les *convulsions* se répétèrent tous les 6 mois, toujours localisées à droite. Après cet état de mal, l'intelligence était moins vive et l'enfant restait un jour sans pouvoir se tenir ; pas de délire. — De 2 ans à 3 ans et 2 mois, l'enfant n'eut pas de convulsions ; elle n'était pas plus intelligente pendant cette période.

A partir de 3 ans et 2 mois, tous les mois, accès convulsifs jusqu'à l'âge de 7 ans. Ces accès, toujours localisés à droite, duraient presque régulièrement 8 heures, et survenaient indifféremment le jour ou la nuit. — Depuis l'âge de 7 ans, les accès surviennent 2 ou 3 fois par jour ; le maximum en 24 heures a été 4, et la rémission la plus longue qui se soit produite depuis le 1er janvier a été de 8 à 10 jours. Ces accès sont diurnes et nocturnes, en nombre à peu près égal ; on entend les accès nocturnes, parce qu' « elle claque des dents comme quelqu'un qui a bien froid ». Lors d'un accès, l'enfant ne se plaint d'aucune douleur particulière, parfois cependant elle dit que ça la pique dans la main. Mais elle dit toujours : « Je suis lasse, » puis elle tombe, fléchit la jambe droite, élève le bras droit ; la bouche est tirée à droite, ainsi que la joue et l'œil, et *tout le côté droit de la face saute*. En somme, convulsions cloniques localisées à droite ; quant à la rigidité du côté droit, la mère ne peut préciser. L'accès dure 2 ou 3 minutes. L'enfant ouvre ensuite les yeux, qui sont égarés ; puis elle s'endort. Si on veut l'en empêcher, elle est « comme ivre » ; mais elle n'est pas méchante ; elle traine davantage la jambe, et ne se sert pas de sa main droite, qui, d'ailleurs, en temps ordinaire, est peu employée.

D'après la mère, la *paralysie,* qui a débuté après le premier état de mal, se serait aggravée après chaques série convulsive, jusqu'à l'âge de 4 ans. Après la première crise, l'enfant se servait un peu de sa main ; après les autres, elle s'en servait moins bien. La jambe a toujours été traînante. Le pied a été renversé dès le début. L'*athétose* n'aurait été remarquée qu'à 4 ans : quand on disait à l'enfant d'ouvrir la main, elle touchait le métacarpe près la racine des doigts ; de même, quand on lui disait de la fermer ; si on lui tenait la main gauche, elle touchait la même région avec la langue. Pas de modification de l'intelligence, depuis l'âge de 4 ans.

Le *caractère* de l'enfant est très doux ; elle est très gaie, chante sans cesse, n'a pas d'accès de colère. Pas voleuse, pas gourmande. Pas de salacité, de pyromanie, de clastomanie, d'onanisme, de fugues, de turbulence, d'appétence pour le vin.

Elle se sert de sa main gauche. Elle ferme bien la bouche, ne bave pas ; pas de succion ; déglutition normale ; vomissements fréquents ; selles régulières, pas de gâtisme, ni de vers intestinaux. Pas de bronchite, pas d'hémoptysie.

Vue et *ouïe* bonnes. *Sensibilité* normale. Elle reconnaît bien ses parents et a de l'attachement pour eux. Pas d'étourdissements, pas de céphalées, pas de krouomanie, de secousses, de tremblements. Quand elle va avoir un accès, elle devient toute blanche. — Sommeil normal. Mémoire assez bonne. Elle sait un peu lire et écrire ; elle n'a été mise à l'école qu'à 6 ans et a eu beaucoup de peine à apprendre ses lettres. Elle n'a pas d'aptitudes particulières.

Elle ressemble à son père aux points de vue physique et moral.

Comme *maladies infectieuses,* elle n'a eu que la rougeole à 5 ans et les oreillons à 6 ans. Elle a été vaccinée à 1 an avec succès.— Pas de gourmes, conjonctivite de l'œil droit, étant toute jeune.

L'enfant a, depuis ses convulsions, toujours été en retard au point de vue de l'intelligence. — Depuis 3 semaines, les accès apparaissent la nuit ; ils ne diffèrent pas des accès diurnes.

État actuel. — L'enfant a l'air bien portante, quoique un peu pâle, elle a un léger embonpoint. Sa physionomie n'est pas inintelligente, est plutôt expressive. Ses cheveux sont blonds, normalement implantés, sans épi. La peau ne présente ni cicatrices, ni nævi. On ne constate de ganglions en aucune région.

Sa *tête*, de forme normale, est asymétrique, le côté droit,

front et occiput, étant plus volumineux que le côté gauche. Les fontanelles sont soudées.

La *face* est de forme normale, régulière, symétrique, et ne présente pas de cicatrices. Les arcades sourcilières sont normales. Les sourcils sont châtain clair, de même que les cils. Les paupières sont régulières et saines. Le globe oculaire a une motilité normale; il n'y a ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie, ni nystagmus. On note seulement du *clignement* des paupières qui est fréquent. L'iris est bleu. Les pupilles sont égales, et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle est normale, l'enfant voit bien de près et de loin; elle distingue et reconnaît les couleurs.

Le *nez* est droit, symétrique, sans déviation; les narines sont normales, égales. *L'odorat* est bon. — Les pommettes sont peu saillantes, symétriques; les joues peu volumineuses.

La *bouche*, petite, est de forme et de direction naturelles. Les lèvres sont peu saillantes, petites en longueur comme en épaisseur. La langue est de forme et de motilité normales. La voûte palatine n'est ni anormalement excavée, ni ogivale. Le voile du palais est régulier.— Les dents ne présentent rien à noter. La mastication se fait bien. — Les amygdales sont grosses et font saillie dans l'isthme du gosier. Il n'y a pas de réflexe pharyngien.

Le menton est rond, très régulier, dans une situation normale par rapport au maxillaire supérieur.— Les oreilles sont petites, symétriques. Leur hauteur est de 5 centimètres ; leur largeur de 0m03. Il n'y a pas d'écoulement ; le cérumen existe naturellement. On ne constate pas de mobilité du pavillon (1). Celui-ci est épais, son écartement du crâne est normal. L'hélix, largement ourlé dans toute sa longueur, présente sur son bord antérieur 3 légères saillies, faisant penser au tubercule de Darwin; sa cavité est très profonde. L'anthélix est saillant, sa fossette est large et assez profonde. La conque est profonde et triangulaire. Le conduit auditif externe est normal. Le tragus est saillant et légèrement renversé en dehors, l'antitragus épais et assez saillant. Le lobule, épais, bien arrondi, n'est pas adhérent ; il présente une cicatrice assez étendue, indiquant le port antérieur de boucles d'oreilles. L'enfant perçoit normalement les bruits, les sons musicaux et la parole. Son attention et sa mémoire auditive sont

(1) Nous avons examiné, à ce point de vue, tous les enfants idiots et n'avons constaté qu'un très petit nombre d'entre eux offrant une mobilité du pavillon. A l'*Institut médico-pédagogique* nous n'avons eu que deux cas : 1° chez l'enfant Émile Desch... (imbécillité) ; 2° chez l'enfant Pierre Leh... (imbécillité morale).

proportionnées à son état. Elle a peu d'aptitudes musicales. Il n'existe pas d'écholalie.

Le *cou* est normal ; le corps thyroïde perceptible à la palpation.

Le *thorax* est de forme régulière, de volume moyen. Rien à la percussion et à l'auscultation, tant du cœur que des poumons.

L'*abdomen* est aussi de forme régulière. Rien à signaler en ce qui concerne le foie et la rate. La région anale est normale.

Les *membres supérieurs* sont de forme régulière. Leur volume est le même à droite et à gauche ; mais la longueur est un peu moindre à droite. Les jointures présentent une laxité anormale, notamment au coude et à l'épaule ; cette laxité est surtout accentuée à droite. L'enfant ne se sert pas de la main droite. Le toucher est normal. (Voir p. 210).

Les *membres inférieurs* sont de forme naturelle. Leur volume, comme leur longueur, est un peu moindre à droite. Il est impossible de constater l'état des réflexes, l'enfant raidissant ses jambes malgré elle. L'attitude debout est légèrement penchée à droite, en raison de la paralysie. La marche s'exécute bien, mais il y a une boiterie de la jambe droite, qui traîne un peu et dont le pied est un peu tourné en dehors. L'enfant sait monter et descendre un escalier, de même que sauter.

La *sensibilité* au contact, à la douleur, à la température, est intacte.

Le tronc et les membres sont entièrement glabres. Il en est de même de la région génitale. Il n'y a pas de seins. Les grandes lèvres sont peu épaisses, les petites lèvres triangulaires, le clitoris petit, l'hymen est en croissant. Pas d'onanisme.

Le *goût* est normal, l'enfant distingue bien les saveurs acides ou sucrées. — Elle mange de la main gauche, proprement, en se servant de la cuiller et de la fourchette. La mastication se fait bien. Les digestions sont bonnes, les selles régulières, sans diarrhée ni constipation, ni gâtisme.

Le *sommeil* est bon, sans cris, ni cauchemars, ni hallucinations. — Pas d'autre tic que le clignement très fréquent de l'œil gauche. — L'enfant pleure rarement. — Il est rare de la voir changer de couleur, sauf au début des accès, où elle devient violacée. — Elle sait se débarbouiller et se peigner seule, et aussi s'habiller et se déshabiller, mais elle ne peut se coiffer. Elle est toujours très propre. — Son *caractère* est très affectueux, elle n'est pas méchante avec les autres enfants et elle aime beaucoup ses parents. Elle est peu bruyante et aime mieux rester assise que de jouer. — Elle parle bien, mais lentement. — Elle commence à lire et à écrire ; elle écrit

de la main gauche; elle est attentive en classe. Elle aime assez la couture, et sait faire les ourlets. Elle est nulle en gymnastique.

Le *poids* de l'enfant à l'entrée est de 27 kg. 500 ; sa *taille*, de 1m, 29. — Ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Dès les premiers temps du séjour à la Fondation Vallée, on constate qu'il ne s'agit pas chez elle de grands accès épileptiques, mais bien d'accès incomplets, avec mouvement d'élévation du bras et de flexion de la jambe. La marche d'un vertige est la suivante : l'enfant devient violacée, mais elle ne crie pas, et elle tombe subitement en arrière, demi-assise, en se tournant presque toujours du côté droit; pas de bave; ni d'évacuation involontaire; rigidité générale et immobilité complète : les membres, très rigides, n'éprouvent aucune secousse; les yeux sont immobiles, les paupières sont ouvertes et ne battent pas, la face est d'une pâleur extrême; cet état dure quelques secondes, une minute au plus, puis l'enfant se relève, elle parait sortir d'un rêve et reste 2 ou 3 minutes inconsciente. Ces petites crises sont fréquentes (25 de l'entrée de l'enfant à la fin du mois d'août). Souvent, ces accidents ne s'accompagneraient pas de phénomènes convulsifs (rigidité, mouvements) ce qui les fait compter comme *vertiges* par le personnel du service.

Traitement : hydrothérapie, — exercices des jointures, — élixir polybromuré, de 1 à 3 cuillerées, — capsules de bromure de camphre, de 2 à 6.

Septembre. — L'enfant n'a toujours pas eu de grands accès depuis son entrée, mais les accès incomplets et les vertiges sont fréquents (28).

Octobre. — Petits accès plus nombreux (32). L'état de l'enfant se maintient à peu près le même, *sans amélioration ni tendance vers la déchéance.* Elle est toujours très douce, affectueuse, peu expansive, timide, mais pas triste cependant; très propre et pleine de bonne volonté, mais réussissant peu à la gymnastique. Sous le rapport de la santé physique, elle paraît un peu plus forte.

Novembre. — Diminution des vertiges (22).

Décembre. — Les vertiges diminuent encore de nombre (18). — On suspend l'hydrothérapie.

1900. *Janvier.* — Les petits accès (vertiges) diminuent de nombre (10), mais il s'y adjoint de grands accès (3). L'enfant cependant s'améliore légèrement sous tous les rapports. Elle est très timide et de caractère un peu sombre. — *Traitement* : élixir, de 1 à 3 cuillerées; capsules de bromure de camphre, de 2 à 6; exercices des jointures.

Février. — Les vertiges et les accès continuent. — Même traitement.

Juin. — Le nombre des vertiges, qui avait d'abord diminué, tend à réaugmenter; le nombre des accès a diminué. L'état de l'enfant est à peu près stationnaire. Toujours propre, douce et tranquille, elle montre peu de facilité pour la gymnastique, ainsi qu'en classe, où elle retient difficilement les leçons même les plus élémentaires; elle est très lente dans tout ce qu'elle fait. Même traitement; en plus, douches.

1901. *Janvier.* — Le nombre des vertiges a été en diminuant; le nombre des accès, au contraire, a augmenté; ils sont actuellement plus nombreux que les vertiges. — L'enfant a fait quelques progrès en classe: elle lit et écrit lisiblement (de la main gauche). Elle est toujours douce, calme, polie, aimant la lecture. Elle a beaucoup de bonne volonté pour la gymnastique, mais y réussit peu, en raison de sa paralysie. — Au point de vue de la *puberté*, le corps est toujours entièrement glabre, il n'y a pas de seins; l'hymen est circulaire, à orifice central. — *Traitement*: on continue l'élixir polybromuré, le bromure de camphre, l'hydrothérapie; de plus, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue.

Juin. — Le nombre des accès et des vertiges est à peu près stationnaire. — Au point de vue de la *puberté*, apparition sur le pénil de quelques poils follets. Pas d'autre changement. — *Traitement*: élixir, bromure de camphre, hydrothérapie; sirop d'iodure de fer.

Août. — Légère augmentation du nombre des vertiges. — Blépharite: collyre au sulfate de zinc.

1902. *Janvier.* — Le nombre des vertiges, après avoir augmenté jusqu'en septembre, a diminué; le nombre des accès est toujours sensiblement le même. — L'enfant continue à faire quelques progrès en classe. Elle est toujours tranquille, propre et rangée. Mais elle serait sournoise et grossière avec ses compagnes quand on ne l'entend pas. De plus, elle aurait à différentes reprises volé de l'argent à ses compagnes, elle ne l'avoue que pressée de questions. — La dose d'élixir est portée de 1 à 4 cuillerées.

Juin. — Le nombre des vertiges et des accès est stationnaire. Les accès ne sont pas très intenses, mais ils laissent l'enfant très abattue pour une partie de la journée, avec un grand besoin de dormir. Ses pupilles sont dilatées, égales; elle n'a pas de tremblement de la langue ni des mains. Elle parle toujours très lentement et à voix basse. Au point de vue de la classe, son état est stationnaire: elle conserve le

peu qu'elle a acquis, mais n'acquiert rien de nouveau. Comme auparavant, elle n'est ni bruyante ni turbulente, restant le plus souvent assise aux heures de récréation. Mais elle est devenue triste, maussade, grognon ; un rien la fâche et la met de mauvaise humeur. Son regard est habituellement sournois ; il devient dur et méchant dès qu'on lui fait une observation. Elle continue à être grossière avec ses compagnes, quand elle ne se croit pas entendue. Elle a une tendance très marquée pour voler, surtout des sous, et n'avoue que très difficilement. Elle est toujours très ordonnée, et même maniaque dans le soin de ce qui lui appartient. Même traitement : élixir polybromuré, hydrothérapie, sirop d'iodure de fer.

Septembre. — Le nombre des vertiges et des accès a augmenté, jusqu'à 19 vertiges et 26 accès en août. — Du 19 au 23, l'enfant voit apparaitre ses *règles* pour la première fois ; elle souffre de maux de tête pendant leur durée. Pas de seins. Quelques poils assez longs sur le pénil et les grandes lèvres. Pas d'autre modification. — Pas de règles en octobre ni en décembre. Règles peu abondantes du 2 au 5 novembre.

1903. *Janvier.* — Le nombre des accès et des vertiges est redevenu ce qu'il était auparavant. — Les règles, qui n'ont apparu qu'en novembre, ont été peu abondantes ; rien ni en octobre ni en décembre ; elles apparaissent pour la 3e fois, du 5 au 9 ; elles sont peu abondantes.

Puberté : quelques poils sous les aisselles ; thorax, abdomen et membres, glabres ; pas de seins ; sur le pénil, quelques poils assez longs ; de même sur les grandes lèvres, qui sont peu épaisses ; les petites lèvres sont triangulaires, le clitoris petit ; l'hymen est en croissant ; le périnée et l'anus sont glabres. — L'état de l'enfant est stationnaire. Même traitement.

Juillet. — Le nombre des vertiges a encore diminué, celui des accès a un peu augmenté. — Les règles ont reparu 9 fois, tous les 2 mois seulement. — *Puberté :* quelques poils bruns sous les aisselles ; le thorax est glabre à sa face antérieure, mais sur sa face postérieure, il présente un duvet abondant ; l'abdomen et les fesses sont glabres ; les membres sont recouverts d'un duvet, abondant sur les cuisses et les jambes ; — *Seins,* égaux, de 8 cm. de hauteur sur 8 cm. de largeur, présentant quelques veines sous-cutanées et des aréoles pigmentées montrant quelques tubercules. Sur le pénil, poils bruns, assez abondants ; sur les grandes lèvres, poils assez abondants, longs, châtains. Nymphes petites, non pigmentées ; capuchon du clitoris, pigmenté et fripé, triangulaire, très développé, faisant une forte saillie entre les grandes

lèvres ; hymen, à orifice circulaire, irrégulier, admettant l'index ; fourchette saillante ; quelques poils à l'anus et au

Tableau des accès et des vertiges.

Mois	1899		1900		1901		1902		1903		1904	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	V.	V.	A.	V.	V.	V.
Janvier			3	10	7	4	4	5	6	3	8	
Février			2	15	11	5	3	6	8	4		
Mars			5	14	9	4	5	3	7	5		
Avril			6	8	8	5	6	7	11	2		
Mai			5	9	7	3	4	6	15	2		
Juin			7	10	10	4	5	5	7	2		
Juillet			8	11	7	6	6	7	9	5		
Août		25	7	8	4	8	26	8	6	3		
Septembre		28	6	5	6	11	13	13	9	5		
Octobre		32	8	4	7	10	8	5	7			
Novembre		22	9	3	6	8	6	7	6			
Décembre		18	8	5	5	7	5	6	7			
Totaux		125	74	272	87	73	91	78	98	31	8	

Mesures de la tête.

	1899	1900		1901		1902		1903		1904
	Août.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Circ. horz. max	53	54	54	54	54	54	54	54	52	52
D.-circ. bi-auricul	35	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Dist. de l'art. occip. altoïd. à la rac. du nez	41	41	41	41	41	41	41	41	37	37
Diam. ant-post. max	17.9	17.9	17.9	17.9	17.9	18	18	18	17	17
— bi-auricul	11.3	11.4	11.4	11.4	11.5	11.5	11.5	11.6	11.5	11.5
— bi-pariét	14.1	14.2	14.2	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	13.5	13.5
— bi-temp	11	11.1	11.1	11.2	11.3	11.4	11.4	11.5	11.5	11.5
Haut. méd. du front	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5	5

périnée. — Règles peu abondantes du 5 au 9 janvier, du 6 au 10 mars, du 11 au 16 mai, toujours peu abondantes; rien les autres mois.

Au point de vue de la classe, l'état de l'enfant est toujours

MEMBRES SUPÉRIEURS.	1899		1900		1901		1902		1903		1904	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle	30	30	30	30	31	31	31	31	21	23	19.5	21
— à 10 centimèt. au-dessus de l'olécrâne	19	19	20	20	20	21	20	21	19	20	17	19
— — — au-dessous —	16	16	17	17	18	19	18	19	19	21	17	19.5
— au niveau du poignet	13	13	13	13	14	14	14	14	13	13.5	12.5	13.5
— — du métacarpe	17	17	17	17	17	17	17	17	16	16.5	16	16
Distance de l'acromion à l'olécrâne	29	30	29	30	29	30	31	32	31	29	28	28
— de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus	18	19	19	20	19	20	21	21.5	20	21	21	22
— du cubitus à l'extrémité du médius	15	15.5	15	15.5	15	15 5	17	17	17.5	16.5	17.5	18
Membres inférieurs.												
Circonférence au niveau de l'aine	40	41	45	46	47	48	48	49	43	42	35.5	37
— à 5 centimètres au-dessus de la rotule	27	28	28.5	28	31	31	30	30	28.5	29	36	32
— — au-dessous —	24	24	25	25	27	27.5	27	27.5	25.5	27	22.5	25
— au niveau du cou-de-pied	21.5	19	21.5	19.5	21.5	20	22	21	18	19	17.5	18.5
— à la partie moyenne du pied	18.5	18	19	19	20	20	21	20	20	20	19.5	19
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou	40	41	40	42	40	42	41	43	47	47.5	45	45
— de l'interligne à la malléole externe	30	32	32	34	33	34.5	33	35	32	32.5	34	34
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	16	17	17	19	17.5	18	18	18	20	18	18	18
Pied. { Longueur	18	20	19	21	21	23	21	24	20	23	20	23
Pied. { Circonf. du métacarpe	18.5	19	19.5	20	20.5	20.5	20.5	20	20.5	20	20.5	20

stationnaire ; elle ne fait que conserver ce qu'elle a acquis. Son caractère reste aussi le même, sournois, maussade, irritable ; elle frappe facilement une de ses compagnes qui la heurte involontairement. La tendance au vol persiste, surtout pour les sous, mais aussi pour divers objets qu'elle fait disparaître en les jetant dans les cabinets. Elle parle toujours à voix basse, avec lenteur et hésitation. — *Même traitement :* élixir polybromuré, de 1 à 4 cuillerées ; capsules de bromure de camphre, de 2 à 8 ; hydrothérapie ; gymnastique ; école.

Novembre. — Pas de vertiges, en octobre ni en novembre ; nombre des accès, stationnaire. — Les *règles* n'ont reparu qu'une fois, en octobre. — Les accès laissent l'enfant très abattue, paraissant très fatiguée et ayant un grand besoin de dormir. Depuis quelque temps, elle semble aller vers une déchéance prochaine. — Son état phyique laisse aussi à désirer : le teint est pâle, les yeux cernés, elle mange moins, et maigrit un peu.

13 *novembre.* — Après deux accès qui l'ont plus abattue encore que de coutume, et vu son état précaire, l'enfant est mise à l'infirmerie. Sa température monte le soir à 40°, 3 ; elle est très altérée, et tousse beaucoup. — L'examen de la poitrine permet de constater, aux deux sommets, des signes très nets de *tuberculose* au 2e degré. A l'auscultation du cœur, frottements à la partie moyenne. Le pouls est rapide, le visage pâle. — *Traitement :* teinture d'iode aux sommets, 0, 50 d'antipyrime, poudre de viande. — Les jours suivants, et pendant tout le mois de novembre, l'enfant a encore de la fièvre, mais moins élevée, dès le 18 novembre n'atteignant plus 39°, 5 ; fièvre très irrégulière. Elle tousse moins, et n'est pas alitée.

Décembre. — Pas de vertiges. Même nombre d'accès. — *Les règles n'ont pas reparu.* — La température se maintient d'abord autour de 38° ; dans la seconde quinzaine, elle atteint plusieurs fois 40°, avec de grandes oscillations, puis elle redescend aux abords de 38°, mais toujours très irrégulière. L'enfant tousse de temps à autre, maigrit, mais ne reste pas alitée. Mêmes signes à l'auscultation.

1904. *Janvier.* — L'enfant est pesée le 5 ; poids 32 kg.500. Elle a beaucoup maigri. Jusqu'au 11 la température oscille de 37°,5 à 39°,5, L'état ne s'est pas sensiblement aggravé.

A partir du 12 janvier, la température remonte aux environs de 40° avec de grandes oscillations. L'enfant se cachectise ; son facies devient terreux, ses yeux cernés et profondément excavés, ses pupilles dilatées. Elle est très faible, refuse de se lever, et ne veut pas prendre de nourriture. Elle tousse maintenant beaucoup et se plaint de la tête; elle dort peu.

Les signes d'auscultation augmentent beaucoup, en intensité et en étendue.

Tableau du poids et de la taille.

	1899	1900		1901		1902		1903		1904
	Août.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Poids	27.5	28	29	30.5	32.5	31	32.5	33	35	33
Taille	1,29	1.30	1.30	1.30	1.35	1.38	1.38	1.38	1.38	1.45
Dynamomètre :	2	2	2	2	2	3	5	5		3
G.	10	12	10	15	15	15	15	15	15	14

Puberté. — Même état des aisselles, des seins et des organes génitaux. Fin duvet sur les membres supérieurs, abondant sur les inférieurs.

18 *Janvier.* — L'enfant a un accès la nuit et un dans la journée. Elle est de plus en plus cachectisée ; la langue est sale, les lèvres fuligineuses. Il y a une dyspnée marquée. Les deux poumons sont remplis de râles sous-crépitants dans toute leur hauteur. — *Traitement* ; Antipyrine, cataplasmes sinapisés, vin de quinquina, œufs, poudre de viande.

19 *Janvier.* — Même état. 2 accès pendant la journée. L'enfant est pesée : 32 kg.

20 *Janvier.* — L'enfant a encore 2 accès dans la journée. Elle est de plus en plus faible, est très oppressée, refuse de rien prendre, dort sans cesse et se plaint en dormant.

Température de l'accès.

Dates.	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 h. après.	Observation.
30 août 1899...	37°,2	37°,1	36°,9	La température a été prise à la suite d'un vertige l'enfant n'ayant pas d'accès.
15 janv. 1900..	37°,3	37°,2	37°,	

21. — Même état. L'enfant digère difficilement le peu qu'elle prend ; elle tousse beaucoup, et est très oppressée. Sulfate de quinine, etc.

22. — Fièvre un peu moins élevée ; respiration plus facile.

23. — La fièvre est remontée ; l'oppression a reparu, 52 respirations à la minute. Pouls 144. Mêmes signes d'auscultation. L'enfant commence à gâter.

24 et 25. — Faiblesse et oppression croissantes. Gâtisme.

26. — *Apparition des règles*, qui sont extrêmement abondantes, mais ne durent qu'un jour. La fièvre atteint 40°,3. L'oppression et la faiblesse augmentent.

27. — L'enfant n'a pas dormi de la nuit, qui a été très mauvaise. L'état s'aggrave de plus en plus.

28. — La faiblesse et l'abattement sont extrêmes ; l'enfant reste immobile, couverte de sueur, la physionomie terreuse et violacée, l haleine fétide, les dents serrées, la voix si faible qu'on ne peut la comprendre ; elle souffre de la tête, et ne peut prendre que quelques cuillerées de lait. Elle reconnaît sa mère et lui parle.

29. — La nuit se passe dans un état de prostration complète. L'enfant rend le dernier soupir à 4 heures du matin, sans cris ni râles, et sans secousses. La température, au moment de la mort, était de 41°,3. — La marche de la *température après la mort* a été la suivante:

		Temp. de la salle.
Au moment de la mort	41°,3	
1/4 d'heure après	40°	
1 heure après	39°	
2 heures après	38°,5	
3 heures après	37°	
4 heures après	35°	
7 heures après	20°	20°
8 heures après	19°	19°

Le *poids* après décès était de 26 kg.'500.

Autopsie le 30 janvier à 10 heures du matin, soit 30 heures après le décès. — La *rigidité* du cadavre est plus prononcée du côté gauche que du côté droit paralysé.

Cou. — Pas de persistance du *thymus*. *Corps thyroïde* normal. Rien au *larynx*.

Thorax. — La *plèvre droite* ne présente rien de particulier. La plèvre gauche présente des adhérences, qui cèdent facilement à la traction. — Les *poumons* sont entièrement farcis de *tubercules* ; le gauche est plus atteint que le droit, il est très friable. — Rien au *péricarde*, ni au cœur, pas de persistance du trou de Botal.

ABDOMEN. — Le *foie* est énorme et gras ; il y a de la périhépatite du côté du diaphragme. — La *rate* est très grosse et très diffluente. — Le *péritoine* n'est pas altéré, sauf au niveau du foie. — Rien de particulier au *pancréas*. — Les *reins* sont énormes et présentent à la coupe de nombreux petits *tubercules*. — Rien de particulier du côté des capsules surrénales. — Rien à la *vessie*. — *Utérus* petit ; ovaires et trompes peu développés ; en somme, *développement insuffisant des organes génitaux*, bien que l'enfant ait eu 8 fois ses règles. Les *glandes mammaires* ne sont pas développées.

Estomac très dilaté, ainsi que le cœcum et tout le gros intestin. *L'appendice* est gros, de la dimension d'un crayon ordinaire, et de 15 c. de longueur ; il remonte dans la fosse iliaque, maintenu contre la paroi par un repli péritonéal qui l'immobilise ; il ne présente pas de trace d'inflammation.

TÊTE. — *Cuir chevelu*, pâle et maigre. — *Crâne* : calotte ovoïde. Le frontal droit est un peu plus saillant que le gauche, il en est de même de l'occipital droit. Les *os* sont peu durs. *Sur la coupe, le côté gauche est plus de moitié plus épais que le droit;* au palper, les os du côté gauche semblent partout plus épais qu'à droite. Les *sutures* persistent. Large plaque transparente au niveau de la fontanelle antérieure. — Peu de *liquide céphalo-rachidien*. — *Dure-mère* : pas d'épaississement. — *L'apophyse crista-galli est un peu déviée à gauche*. — La voûte orbitaire gauche, la fosse temporale du même côté sont un peu plus étroites qu'à droite. Pas de différence bien appréciable des fosses occipitales. — Les *nerfs olfactifs* paraissent égaux. — Le *nerf optique* et la *bandelette optique* gauches sont un peu plus petits qu'à droite. Il en est de même du *tubercule mamillaire gauche*. Le *pédoncule cérébral gauche* est plus petit et moins bombé que le droit. — *L'artère communicante postérieure gauche* est plus petite que la droite.

Glande pituitaire, plutôt petite. — La *glande pinéale* est un peu volumineuse et d'aspect un peu vitreux.

Hémisphère gauche. — La *pie-mère* est blanchâtre dans la plus grande partie de son étendue, avec une dilatation prononcée de tous les vaisseaux, et cela sur toute la surface convexe et la face interne. A la face interne la vascularisation est plus prononcée. La *pie-mère est épaissie* dans toute son étendue, elle s'enlève cependant très facilement, sans aucune adhérence. — *Tout l'hémisphère est le siège d'une atrophie très notable des circonvolutions*; l'atrophie prédomine au

niveau du lobe frontal et du lobe occipital. — *Toutes les circonvolutions sont un peu indurées.* — Le plexus choroïde n'offre rien de particulier. (Pl. I et II).

Hémisphère droit. — La *pie-mère* de la convexité de la partie moyenne est un peu épaissie. Aux extrémités de la face externe, la pie-mère est mince. Partout elle s'enlève facilement. — Au niveau de l'union du tiers supérieur de la F. A. avec son tiers moyen, la pie-mère présente une plaque de 12 millim. environ sur 10 millim. environ, offrant de la dureté et infiltrée de petites concrétions miliaires comme crétacées. — Les circonvolutions du lobe frontal sont un peu grêles. Les circonvolutions de la partie postérieure du lobe temporal et du pli courbe présentent un grand nombre de petits sillons superficiels. — Le *ventricule latéral,* la *couche optique,* le *corps strié* et la *corne d'Ammon* n'offrent rien de particulier. D'une façon générale, les sillons sont plutôt peu profonds. (Pl. III et IV.)

Le *corps strié gauche* est aplati et non bombé comme à droite, sa tête fait à peine une légère saillie sur la paroi du ventricule. Sa queue est presque tout à fait effacée. La *couche optique gauche* est moitié moins volumineuse que la droite.

Toutes les *circonvolutions à gauche,* comparées à celles de droite, sont moitié *plus denses.* Les circonvolutions ont une couleur blanchâtre à gauche, d'un gris rosé normal, à droite; leur volume est d'environ un tiers moindre à gauche qu'à droite. Par suite de l'*atrophie des circonvolutions à gauche,* de la *dilation du ventricule latéral gauche* (le v. l. *droit* est normal), et de ses cornes, la face interne de l'hémisphère cérébral gauche est affaissée. (Pl. II.) *La moitié gauche de la protubérance* est *un peu moins large.* La *pyramide gauche* a une coloration grise. Le quatrième ventricule ne présente rien de particulier, sauf une petite dilatation vasculaire. — La pie-mère de la face convexe de l'hémisphère cérébelleux gauche présente, sur une étendue de 2 cent. sur 1 cent., une petite concrétion qui n'existe pas de l'autre côté.

Sclérose atrophique de l'hémisphère gauche, généralisée. Méningite chronique du même hémisphère. Épaississement de la pie-mère droite. Indurations crétacées d'un fragment de la pie-mère cérébrale et cérébelleuse à droite. Épaississement notable du crâne à gauche. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux de 200 gr.. Pas de granulations tuberculeuses.

On a prélevé à droite et à gauche des morceaux du biceps crural et du nerf sciatique, qui n'offrent pas entre eux de différence appréciable, bien que l'enfant soit *hémiplégique.*

Poids des organes

Encéphale	1142 gr.
Hémisphère cérébral droit	580 —
— — gauche	380 —
Cerveau	960 —
Hémisphère cérébelleux droit	72 —
— — gauche	80 —
Bulbe et protubérance	25 — (1)
Cervelet et isthme	175 —
Moelle épinière	40 gr.
Corps thyroïde	10 —
Cœur	170 —
Poumon droit	570 —
— gauche	530 —
Foie	1240 —
Rate	210 —
Rein droit	145 —
Rein gauche	150 —
Pancréas	80 —

Réflexions. — I. Pas de tare névropathique héréditaire, en dehors de la mère sujette à des *céphalalgies* et d'un cousin-germain *bègue*. Pas non plus d'alcoolisme dans les ascendants. — Rien d'anormal dans la grossesse et l'accouchement. — Le développement de l'enfant s'est d'ailleurs fait normalement, sauf en ce qui concerne la parole, apparue seulement à l'âge de 4 ans.

II. A 6 mois, l'enfant, qui semblait normale, a, sans cause connue, une *première attaque de convulsions*, ou plutôt un véritable *état de mal*, localisé à *droite*, et persistant pendant huit heures ; à la suite, s'installe l'*hémi-parésie droite*. — A 10 mois, *second état de mal*, identique au premier quant à la localisation et à sa durée, à la suite duquel la *marche*, qui avait débuté depuis un mois, cesse pour ne plus reparaître qu'à 14 mois. A partir de ce moment jusqu'à 2 ans, semblables attaques convulsives tous les six mois. Puis, répit de quatorze mois, et enfin apparition des accès tous les mois jusqu'à 7 ans. Depuis l'âge de 7 ans jus-

(1) La moelle a été coupée un peu bas, ce qui diminue son poids et augmente celui de l'isthme.

qu'à l'entrée de l'enfant à la Fondation, à 8 ans et 4 mois, répétition des accès deux ou trois fois par jour. Après le premier état de mal, comme après tous les autres jusqu'à l'âge de 4 ans, les parents avaient noté un obscurcissement de l'intelligence, mais celle-ci ne se serait plus modifiée depuis l'âge de 4 ans.

III. A partir de l'entrée de l'enfant à la Fondation, on constate qu'il s'agit, non d'accès mais de vertiges sans cri, bave, ni évacuation involontaire, mais avec chute, le corps tourné à droite, et rigidité générale. Sous l'influence du traitement, ces vertiges diminuent d'abord. Mais bientôt de véritables accès s'y adjoignent, et leur nombre augmente ensuite, pour subir dès lors des fluctuations fréquentes, aussi bien que celui des accès. Une légère amélioration se manifeste d'abord au point de vue de l'intelligence, mais bientôt celle-ci reste stationnaire, et enfin diminue tandis que d'autre part le caractère se modifie, l'enfant devenant sournoise, maussade, voleuse. Peu à peu, *les accès laissent après eux un abattement de plus en plus grand et prolongé,* et bien que les vertiges disparaissent tout à fait durant les quatre derniers mois de la vie, l'enfant marchait de plus en plus vers la déchéance, lorqu'elle fut emportée par la tuberculose pulmonaire.

Le *caractère*, déjà peu expansif à l'entrée, est devenu de plus en plus sournois ; de douce, calme qu'elle était, T... est devenue irritable, violente. Les facultés morales se sont perverties, la manie du vol s'est accusée progressivement. Le travail scolaire, qui avait été productif, est devenu stationnaire, puis a diminué ; l'écriture, qui s'était améliorée (1899-1900), est devenue assez rapidement défectueuse (fév. 1901-oct. 1903) ; après avoir gagné lentement, en 1901-1902, des notions de calcul (4 opérations), T... a offert des oscillations s'accentuant vers la perte de ces notions. Ce cas con-

firme ce que nous avons dit à savoir que les épileptiques qui tombent en déchéance perdent plus vite le calcul et l'écriture que la lecture (1) qui n'avait pas encore été sérieusement altérée. (A revoir).

IV. La *puberté* n'a pas eu une évolution régulière. Les règles ont paru alors que le système pileux était presque nul et que les seins étaient à peine naissants. Les premières règles apparues, les seins et le système pileux génital se sont développés. Les règles ont toujours été irrégulières, ce qu'explique d'ailleurs l'évolution de la *tuberculose* (2).

V. L'*autopsie* a décelé une *tuberculose généralisée* des deux poumons et aussi des *reins*. Du côté du crâne, on constate : une légère plagiocéphalie (la moitié droite plus saillante en avant, et un peu, aussi, en arrière), la persistance des sutures, et surtout une beaucoup plus *grande épaisseur des os à gauche*. L'*encéphale* présente une très-grande *inégalité de poids des hémisphères cérébraux*, le gauche pesant 200 gr. de moins que le droit. Cette inégalité de poids est due à une *sclérose atrophique généralisée de l'hémisphère gauche* : les circonvolutions, nettement dessinées, sont blanchâtres, indurées, moitié plus denses qu'à droite ; leur atrophie, très-notable, prédomine sur le lobe frontal et le lobe occipital. Il y a également, *à gauche*, mais moins marquée, diminution de volume du nerf optique, de la bandelette optique, du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral, du corps strié, de la couche optique et de la moitié de la protubérance. D'autre part, l'hémisphère gauche présente des lésions de *méningite chronique*. — L'*hémisphère droit* offre seulement à noter :

(1) Nos malades apprennent plus facilement à écrire qu'à lire.

(2) On trouvera dans les observations de nos *Comptes-rendus* de nombreux détails sur l'évolution de la *puberté* chez les enfants idiots de tous les degrés et chez les enfants épileptiques.

un épaississement léger de la pie-mère sur la partie moyenne de la convexité, avec une petite plaque dure et comme crétacée sur la F. A. et une légère gracilité des circonvolutions frontales. — Le *cervelet*, comme le cerveau, présente une inégalité des hémisphères, inégalité de 8 gr. en faveur de l'hémisphère gauche, croisée, par conséquent, par rapport à l'inégalité cérébrale.

VI. Il s'agissait, en somme, d'une *épilepsie partielle* à forme *hémiplégique*, due à une *sclérose atrophique* et à une *méningite chronique* de l'hémisphère cérébral gauche. Cette épilepsie, semble en raison de la fréquence des vertiges et de la tendance à la déchéance, avoir été liée aux lésions de méningite plutôt qu'à la sclérose cérébrale. — La sclérose atrophique avait déterminé une inégalité de poids considérable des hémisphères cérébraux. Et cette inégalité avait entrainé à son tour, pour combler l'espace laissé libre de ce fait, un épaississement considérable de la calotte crânienne du côté de la lésion cérébrale, sans qu'il y ait eu, d'ailleurs, augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien (?), bien qu'il y eût une notable *dilatation du ventricule latéral*, ainsi que cela arrive souvent dans les cas analogues et que l'on peut vérifier en comparant la face iuterne des deux hémisphères cérébraux. (Pl. VII et IX.)

Avec l'*inégalité de poids des hémisphères cérébraux*, coïncidait une *inégalité de poids des hémisphères cérébelleux* ; on sait, par les statistiques publiées à diverses reprises dans les *Comptes-rendus* de la sectiondes enfants, que dans les cas d'inégalité cérébrale cette coïncidence est un peu plus fréquente que l'égalité cérébelleuse. Enfin, l'*inégalité cérébelleuse était croisée* par rapport à l'inégalité cérébrale ; les mêmes statistiques ont montré qu'il en est ainsi le plus souvent dans ces cas de double inégalité. (Voir *Compte-rendu* de Bicêtre pour 1902 et 1903).

VII. Dans les cas, comme celui-ci, où existe le syndrome : *Imbécillité, hémiplégie, épilepsie,* succédant à un *état de mal convulsif* de la première enfance, moins souvent de la seconde, et dû à une

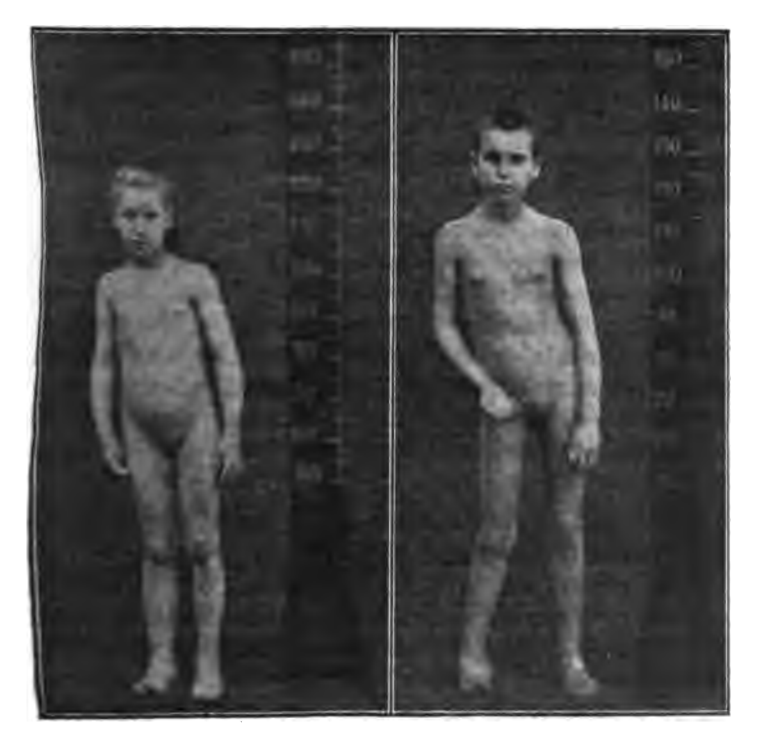


Fig. 4. — Tar... à 8 ans (1899). | *Fig.* 5. — Tar... à 12 ans (1903).

encéphalite pour résumer tout d'un mot, l'*intelligence* ainsi que nous l'avons encore fait remarquer dans l'obs. de Ham.... (1), reste ce qu'elle était après la guérison de l'état de mal convulsif ou même s'amé-

(1) Voir cette observation à la page 249 du n° de décembre 1904, des *Archives de Neurologie*).

liorer notablement sous l'influence du traitement médico-pédagogique.

L'*épilepsie* est constituée surtout par des *accès* se présentant sous forme de *séries*, quelquefois d'*état de mal*, mais si le malade ne succombe pas dans cette complication si grave, on voit les accès s'éloigner et enfin disparaitre et si les facultés intellectuelles se sont développées, en d'autres termes si le malade est capable de se conduire régulièrement, il peut passer, comme infirme (hémiplégie) dans l'une des divisions de l'hospice.

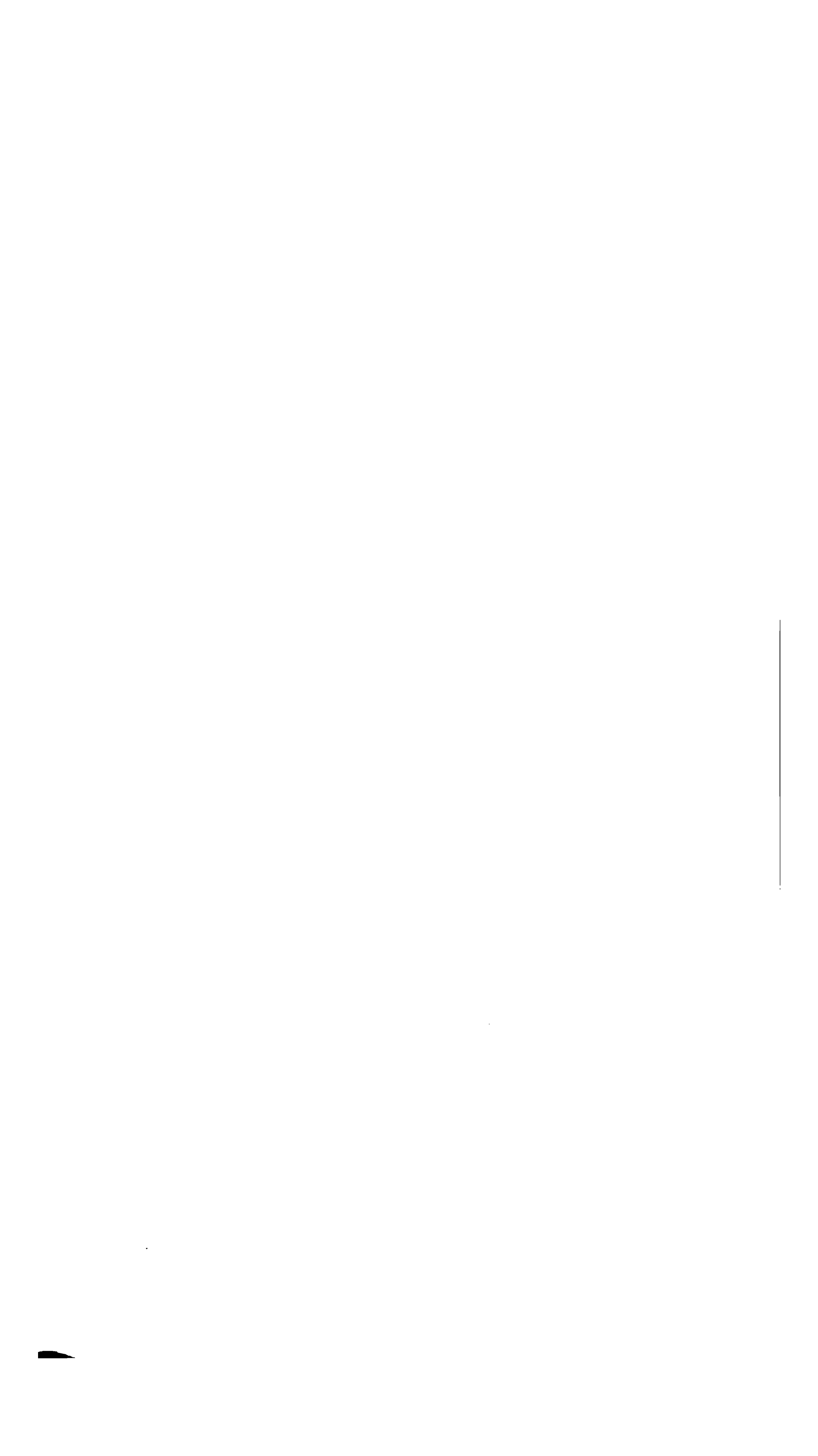
En pareil cas, les *accès* ne sont pas suivis d'hébétude, de sommeil prolongé, deux symptômes qui, dans l'épilepsie ordinaire sont, en général, les avant-coureurs de la *démence épileptique*. Le malade revient vite à la connaissance. Les facultés se conservent. Le caractère n'est pas irritable. Les vertiges sont très rares ou absents. La physionomie est naturelle et n'offre pas l'aspect de celle de l'épileptique vulgaire.

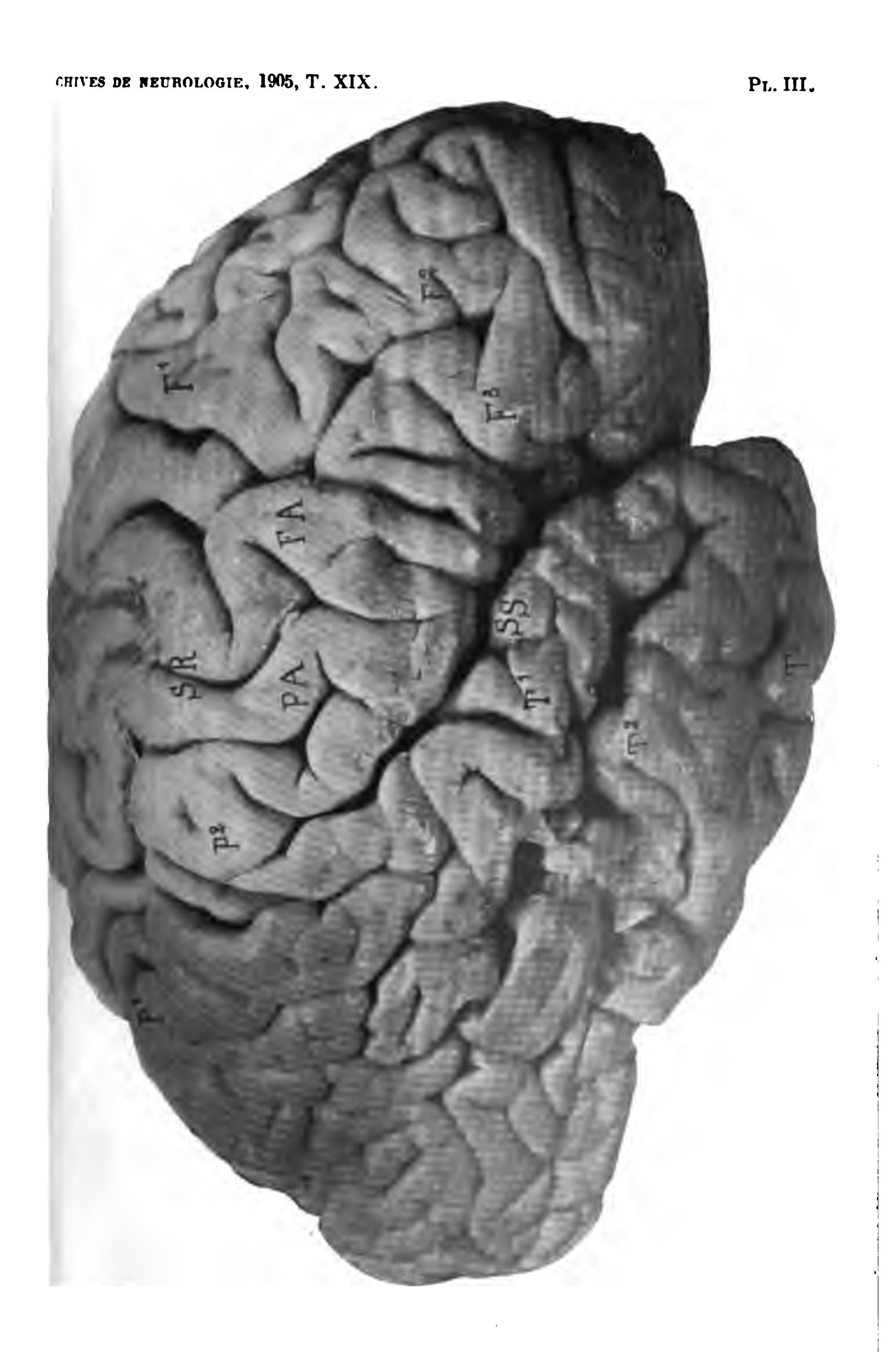
Toute autre est la destinée de l'épileptique hémiplégique dont le syndrome : arrêt de développement de l'intelligence, hémiplégie, épilepsie, est dû à une *méningo-encéphalite* limitée à l'un des hémisphères cérébraux ou prédominant à un degré prononcé sur l'un des hémisphères ou encore, et c'est ici le cas, quand, à une lésion en foyer ou à une *sclérose atrophique*, s'ajoute une *méningite chronique*. Alors, comme chez Tard...., les accès s'accompagnent d'*hébétude*, de *vertiges* nombreux, la *physionomie* s'altère, l'attitude se modifie en mal, le corps s'affaisse, s'incline du côté paralysé ainsi que le mettent nettement en évidence les *fig.* 58, 59. Le caractère devient irritable, sournois, se pervertit (Tard... est devenue voleuse) ; il survient des impulsions dangereuses, l'intelligence diminue (1), en un mot, l'*épileptique hémiplégique par méningo-encéphalite* ou par *méningite chroni-*

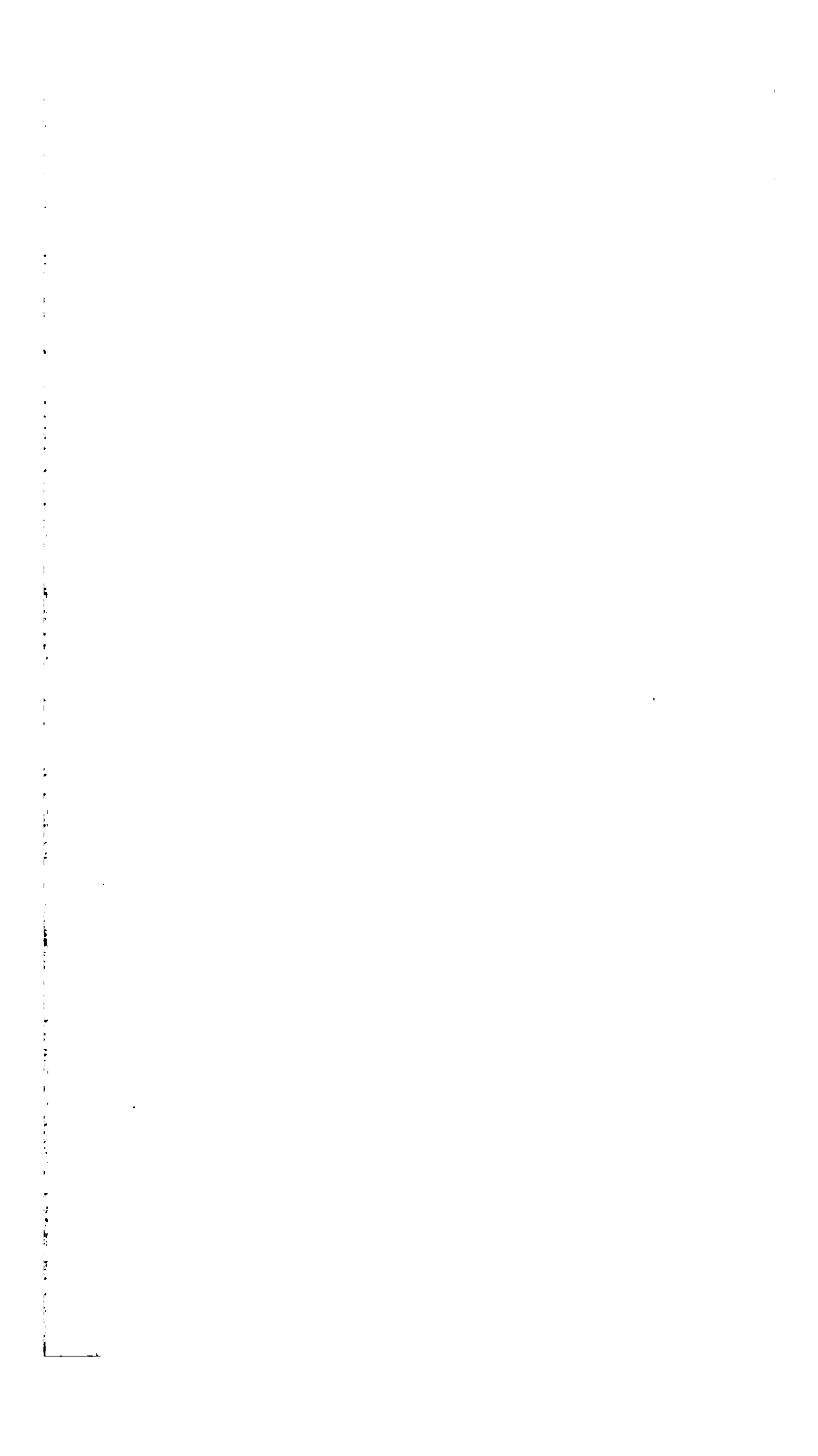

PA
FA
SS



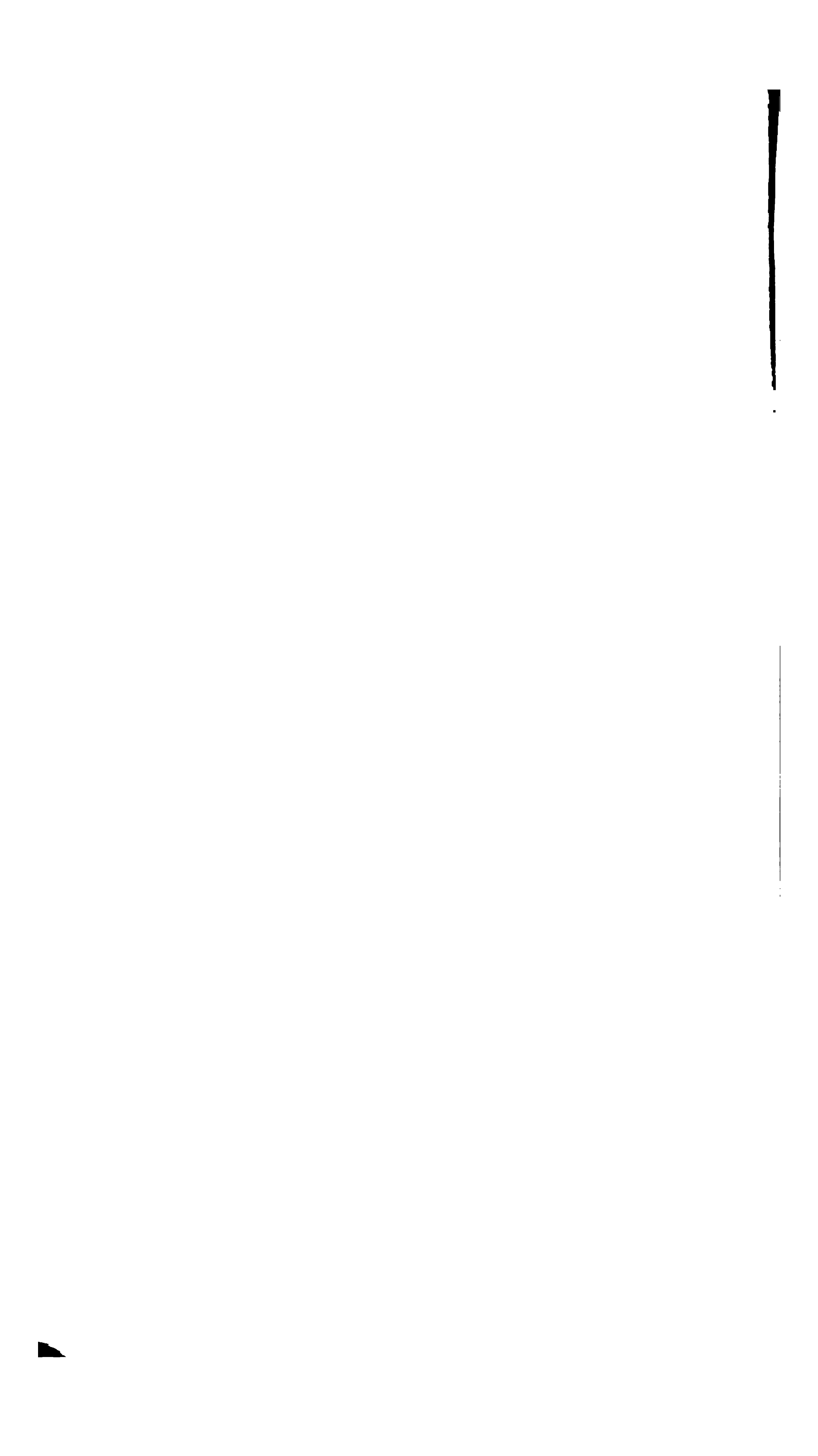

CA
CO
VL
CC
CCC
PC




F^2
F^1
F^3
FA
SS
SR
PA
T^1
T^2
T
P^2




LO
C
CCC
LP
CH
CA



que, exemple Tard .., est en tout semblable à l'épileptique ordinaire qui marche vers la démence.

Les considérations qui précèdent, les comparaisons que nous venons de faire montrent l'*intérêt pratique* des cas de ce genre au point de vue du *diagnostic* et du *pronostic* et leur connaissance est de nature à rendre service, non seulement aux neurologistes, mais encore à tous les médecins.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

I. — **L'origine du tractus isthmo-strié ou bulbo-strié du pigeon** ; par A. WALLENBERG. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII 1903.)

Mémoire complétant le travail publié en 1898. (*Archives de Neurologie*, t. IX, 1900, p. 421). Le noyau terminal de la portion sensible du trijumeau est, chez l'oiseau, directement uni à la base frontale du cerveau antérieur, sans l'intermédiaire de la couche optique (figures). P. KERAVAL.

II. — **Contribution à l'étude de l'encéphalomyélite disséminée**, par E. BAUCKE. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Etude clinique, anatomopathologique et histologique (figures). P. KERAVAL.

III. — **Des conditions dans lesquelles apparait l'état variqueux des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses motrices corticales et de sa signification** ; par J. IWANOFF. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.)

Résumé de la question des mouvements amoeboïdes des prolongements protoplasmiques des cellules. Quatre-vingts expériences sur chats, chiens, lapins, hérissons ; discussion de la valeur de ces expériences.

Conclusions. — 1. Les prolongements protoplasmiques des cellules pyramidales parfaitement développées ont, dans les con-

ditions normales, sur des coupes traitées par la méthode rapide de Golgi, des contours assez égaux, et sont abondamment pourvus d'appendices spiriformes. — 2. Ces appendices en épines doivent être tenus pour parties constitutives intégrantes des prolongements en question, ainsi qu'il appert de leur coloration au bleu de méthylène d'après la méthode modifiée du professeur Kolosoff. — 3. Quand ils disparaissent ou quand apparaissent sur les prolongements des varicosités, c'est que ceux-ci sont atteints d'altérations destructives graves. — 4. Ces altérations ne doivent donc pas être assimilées à des manifestations fonctionnelles des cellules nerveuses. — 5. Elles peuvent d'ailleurs provenir de la méthode de préparation et peuvent, même chez des individus normaux, résulter de l'action des liquides de durcissement et d'imprégnation, dans des conditions qui ne sont pas toujours perceptibles, telle la pénétration lente et inégale du fixateur inégalement concentré, etc. — 6. Elles apparaissent aussi très facilement dans la décomposition cadavérique : ceci a lieu chez beaucoup d'animaux très vite, par exemple, dans les trois premières heures qui suivent la mort. — 7. Il est également très probable qu'elles peuvent survenir pendant la vie sous l'influence de processus destructifs aigus et chroniques. — 8. Mais leur importance, en tant que signes de lésions anatomopathologiques s'étant produites pendant la vie, est bien amoindrie, puisque, en un cas donné, il est fort difficile d'en établir la provenance étiologique, de préciser s'il s'agit en l'espèce de la pénétration irrégulière du fixateur, d'une altération cadavérique, de facteurs anatomopathologiques. — 9. La méthode rapide de Golgi doit donc être peu prisée comme moyen d'évaluer des altérations anatomopathologiques : les observations prises par cette méthode doivent être soumises à une critique sévère. — 10. Les travaux des chercheurs qui attribuent les altérations précitées à l'amoeboisme des cellules nerveuses doivent être considérés comme totalement erronés. — 11. Il s'ensuit que la théorie de l'amoeboisme acceptée par maints savants doit être reléguée dans la catégorie des hypothèses dépourvues de toute base expérimentale certaine. P. KERAVAL.

IV. — **Contribution à l'histologie des altérations par compression de la moelle dans les tumeurs vertébrales**; par M. BIELSCHOWSKY. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.) — **Contribution à la question de la régénération de la moelle**; par A. FICKLER (*Ibid*).

Les observations I et III de M. Bielschowsky, caractérisées par l'absence de signes certains d'inflammation, témoignent des *effets mécaniques* dus au refoulement du sang veineux.

L'observation II fournit le tableau du ramollissement jaune

du 2e stade de la myélite transverse. Ces altérations si prononcées contrastent avec le petit volume de l'exostose génératrice, grosse comme un haricot, et faisant peu saillie dans le canal vertébral. Une *pression relativement faible a déterminé des lésions histologiques graves* comparables surtout aux altérations qui ont lieu en d'autres organes au pourtour des infarctus.

On a encore constaté dans l'observation II des trousseaux nerveux dans le sillon antérieur et dans l'adventice des vaisseaux centraux à l'endroit où s'exerçait la compression, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous d'elle. Ils affectaient le trajet et avaient la constitution histologique des *fibres néoformées régénérées* de Fickler (*Deutsch. Zeitschr f. Nervenheilk*, 1900, t. XVII). Cet auteur pense qu'il s'agit de ramifications de nouvelle formation des fibres des cordons latéraux des pyramides séparées de la station terminale : ces fibres régénérées rétabliraient la communication entre ces cordons et les cellules motrices au-dessous de l'endroit comprimé. Mais, dans l'espèce, il ne s'était pas produit d'amélioration, et cependant il y avait un bien plus grand nombre de ces trousseaux que dans les observations de Fickler.

D'autre part, l'expérimentation nous apprend que la moelle n'a pas la faculté de régénérer les éléments constitutifs de son parenchyme. Il n'y a donc pas de motifs d'admettre que ces trousseaux à trajet atypique soient, pour cette raison seule, des trousseaux régénérés, bien que l'allure clinique des cas de Fickler soit très favorable à cette interprétation. En tout cas il est impossible de décider s'il s'agit d'un faisceau détaché du cordon des pyramides ou d'un long trousseau commissural.

Ainsi s'exprime M. Bielschowsky. M. Fickler réplique par le résumé de plusieurs centaines de coupes en série. « Les fibres dit-il, qui s'élèvent le plus au-dessus de l'endroit comprimé prennent naissance à la périphérie de la substance grise là où celle-ci confine aux cordons latéraux ou à leurs vestiges : il est vrai qu'on ne peut les suivre dans les cordons, parce que dès qu'elles s'éloignent de la paroi des capillaires, elles perdent leur gaine de Schwann, et ne se distinguent plus des autres fibres de la moelle. D'autres fibres apparaissent contre les capillaires et les petits vaisseaux à la base des cornes postérieures ainsi que dans la région intermédiaire aux cornes postérieures et antérieures. Il en est qui sont accolées aux veines centrales ou aux gros vaisseaux les plus voisins ; il y en a aussi dans les colonnes de Clarke contre les capillaires de cette région. Toutes ces fibres en descendant n'atteignent pas l'endroit comprimé : les unes se terminent dans la pie-mère du sillon antérieur ; les autres accompagnent les vaisseaux pie-mériens à la périphérie antérieure de la moelle. d'où elles gagnent les racines antérieures quand elles ne finissent pas librement dans la pie-mère. Au-dessous de l'endroit com-

primé, la plupart des fibres pénètrent avec les vaisseaux dans les cornes antérieures ; il en est qui traversent la base des cornes postérieures pour s'y répandre. La majeure partie de ces fibres se perdent dans le treillis des fibres de la substance grise sans qu'on puisse les suivre davantage. Mais d'autres, satellites fidèles des capillaires, forment des renflements constitués par l'entortillement de fibres nerveuses dont chacune est entourée d'une gaine de Schwann : c'est un véritable névrome terminal ; ces névromes n'envoient pas de fibres dans la substance grise. »

Cette description est, d'après M. Fickler, en faveur de l'idée que la substance des cordons latéraux a projeté des fibres dans la substance grise sous-jacente à l'endroit comprimé afin de rétablir la communication interrompue par la compression. Si, dans l'observation Bielschowsky, il n'y a pas eu d'amélioration, c'est que l'on ne trouvait pas de fibres sur un segment de moelle aussi long que chez le malade de M. Fickler. Ce dernier a fait de nouvelles expériences sur la compression de la moelle chez le chat, et il a constaté dans les cordons latéraux des gaines de myéline néoformées autour de cylindraxes conservés. Stroebe du reste affirme que les fibres de la moelle sont généralement capables d'émettre des rejets qui bien souvent ont la structure de fibres nerveuses périphériques. Les fibres nerveuses en question étaient donc bien néoformées et non des fibres à trajet normal préexistantes à la compression, car dans les trois cas où on les a constatées, 2 obs. Fickler, 1 Bielschowsky, le plus grand nombre d'entre elles sont groupées au-dessus et au-dessous de l'endroit comprimé au niveau duquel on n'en voit pas ; leurs allures sont celles de fibres nouvelles successivement créées et non d'un trousseau prédestiné.

Enfin l'observation III de M. Bielschowsky éclaire la genèse de la *formation de cavités*. Elles siégeaient surtout au-dessus de l'endroit comprimé. Il y avait, outre les altérations de la compression, de l'hydromyélie en divers endroits. Le canal central, en réalité, partout dilaté, était le siège d'une hyperplasie de la substance gélatineuse centrale péricanaliculaire : celle-ci en imposait pour une gliose centrale au niveau par exemple de la plus forte dilatation, au-dessus du point comprimé, tandis qu'elle était moindre dans le renflement lombaire où simultanément le canal central formait un diverticulum prononcé. A l'endroit où la compression était la plus forte, le canal était oblitéré. L'auteur croit qu'avant que ne s'effectuât la compression de la moelle par la métastase carcinomateuse, sur la vertèbre, il existait une hydromyélie congénitale avec gliose centrale modérée. L'action compressive de la tumeur a barré le canal central au lieu comprimé ; en rétrécissant le lit du courant, elle a refoulé le liquide qui y coulait et ce lit s'est ainsi dilaté au-dessus de l'en-

droit comprimé. Là où la dilatation a été la plus forte, les cellules de l'épendyme ont le plus proliféré, plus que dans les zones sus et sous-jacentes. Les fissures de la corne antérieure droite, au point où le canal central a atteint son maximum de dilatation, se sont produites secondairement : leurs limites irrégulières, leur trajet en rapport avec la direction des vaisseaux centraux, l'aspect très transparent, raréfié, du tissu avoisinant, la dissociation de chacun des éléments du tissu, principalement des fibres de la névroglie, la tuméfaction des cellules multipolaires des cornes antérieures en ce point affectées de chromatolyse complète, tout l'indique. Comme le dit Schlesinger, il s'effectue là des nécroses histologiques circonscrites en rapport avec des lésions vasculaires : en effet, dans les fissures et dans l'anneau gliomateux qui entoure le canal central, la paroi des vaisseaux, très épaissie, a, par places, subi la dégénérescence hyaline, et la stase du liquide dans le canal central a comprimé de dedans en dehors les petits vaisseaux à paroi mince du voisinage, nuisant ainsi à la nutrition de ce territoire. Au même niveau altérations identiques mais moindres de la corne antérieure gauche. Ces lésions peuvent ne s'être produites que peu de temps avant la mort des deux côtés, car les altérations des cellules motrices de cette sphère indiquaient une affection récente et il ne s'était pas encore manifesté de symptômes de déficit : pas d'atrophie des muscles de la main et du bras. P. KERAVAL.

V. — **Contribution à l'histologie de la sclérose en plaques (nouveaux procédés)**, par M. BIELSCHOWSKY (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903). — **Remarques sur ce travail**, par A. STRAEHUBER. — **Les fibres nerveuses amyéliniques dans les foyers de sclérose en plaques**, par M. BIELSCHOWSKY. — **Contribution à la question de la régénération des fibres nerveuses dans les foyers de la sclérose en plaques**, par M. BARTELS (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904, nos 2 et 5).

M. BIELSCHOWSKY décrit les lésions qu'il a observées chez cinq malades dont la moelle a été soumise à l'action successive du formol, de l'ammoniaque et du nitrate d'argent (coupes antéro-postérieures et horizontales).

Tous les foyers, qu'ils fussent relativement récents ou anciens, contenaient un nombre surprenant de fibres privées de leur myéline (figures). La déchéance des manchons de myéline contraste si nettement avec la persistance des cylindraxes et des cellules nerveuses, qu'on serait tenté de considérer la sclérose en plaques comme une lésion primitive de ces manchons, mais le processus parenchymateux ne s'y limite pas. Quoique dans les foyers anciens la densité des éléments conducteurs soit tout aussi forte

que dans les endroits correspondants des organes normaux, l'aire horizontale de ces foyers est réduite ; il est donc évident que, en outre des gaines de myéline, de nombreux cylindraxes ont succombé. De concert avec les altérations des fibres nerveuses, constamment, il existe une prolifération de la névroglie, mais cette prolifération ne porte pas uniformément sur tous les composants de cette dernière. Tantôt il ne s'agit que d'une prolifération de remplacement, tantôt il y a d'emblée hypergenèse irritative de la substance de soutènement.

Les relations des foyers avec le trajet des vaisseaux, et l'extrême ressemblance des foyers récents de la sclérose en plaques avec cure de la myélite aiguë isséminée, justifient le terme d'inflammation. Mais c'est une inflammation qui d'emblée est à la fois parenchymateuse, à la fois interstitielle ; dès le début névroglie et fibres nerveuses participent au processus d'origine toxique ou post infectieuse. Seulement les fibres nerveuses sont bien plus uniformément atteintes que la névroglie.

Les fibres nerveuses dénudées, privées de leur myéline sont-elles des fibres persistantes ou des fibres néoformées, en état de régénération? M. Bielschowsky compare les images fournies par sa méthode d'imprégnation du cylindraxe avec celles qu'ont données les colorations électives de Fajerstayn, Straehuber, Kaplan.

Kaplan a montré que la coloration porte sur une partie constitutive déterminée du cylindraxe, qu'il appelle l'*axostroma*, substance cimentaire très analogue, au point de vue histogénétique et clinique, au manchon de myéline qui entoure les neuro-fibrilles. Mais l'étude des foyers révèle qu'il y a deux catégories de cylindraxes dénudés : ceux dans lesquels l'axostroma est encore conservé ; ceux dont l'axostroma est altéré. De l'analyse des images, M. Bielschowsky conclut qu'il existe des zones où l'on est en présence de *fibres persistantes* : on peut suivre directement les fibres longitudinales depuis le tissu pourvu de sa myéline jusque dans le tissu scléreux (figure) ; on voit même, par places, les mêmes fibres privées de leur myéline dans le tissu scléreux récupérer dans le tissu myélinique leur manchon blanc ; de plus, même dans les foyers anciens, les relations topographiques des fibres et des cellules (substance grise et substance blanche) semblent être exactement les mêmes que dans les conditions normales. On trouve, par contre, des zones dont l'aspect permet de se demander si, à côté des fibres persistantes, qui forment l'immense majorité, il n'en est pas de *néoformées* ; ainsi l'on voit parfois des cylindraxes se bifurquer à angle aigu en deux branches et l'une ou l'autre de ces branches se rediviser en deux ; rien n'indique qu'il s'agisse de collatérales. Ce sont ces apparences qui ont donné naissance à la *théorie du bourgeonnement*, d'autant qu'on voit de semblables états sur les fibres ner-

veuses de la substance blanche des hémisphères de l'embryon. On voit aussi l'éclatement en touffes de Popoff. Il est probable termine M. Bielschowsky qu'il s'agit non d'une régénération, mais d'une dégénérescence.

Ce ne peut être, objecte M. Straehuber, une dégénérescence car je n'ai pas observé cette bifurcation uniquement dans des cavités en tuyaux où l'on pourrait penser à un simple effilochage des fibres ; j'ai vu les deux branches de la bifurcation entourées de toutes parts, isolées par le tissu de soutènement, en quelque sorte emmurées dans le tissu névroglique. Ce à quoi répond M. Bielschowsky, après des discussions aussi longues et aussi minutieuses, qu'*il existe des fibres régénérées dans les foyers de la sclérose en plaques* mais « je doute fort qu'elles aient au point de « vue quantitatif, comparées au nombre des fibres persistantes « une valeur importante ».

M. Bartels se montre d'abord éclectique. Pour lui on ne sait encore exactement ce que l'on colore. Est-ce une substance que Kaplan nomme le myéloaxostroma, et que Strachuber appelle l'axochromaténine ? Il serait tenté de croire, comme ce dernier auteur, qu'il s'agit, non de la substance périfibrillaire des fibres nerveuses à myéline, mais bien d'une substance spéciale, et de la désigner sous le nom d'axochromaténine, et peut-être de myéloaxostromaténine pour marquer son rapport intime avec le manchon de myéline.

Il est, en tout cas, de plus en plus convaincu que dans la vraie sclérose en plaques, il y a lésion de la substance blanche et de l'axochromaténine qui lui est liée, par suite d'un trouble de nutrition, par défaut d'une matière nutritive particulière, ou par action directe d'un poison infectieux. Ce n'est que bien plus tard que les cylindraxes et les cellules périssent. Ce qui semblerait le prouver, c'est la conservation dans les fibrilles axiles de l'acide fibrillaire. L'anatomie confirme en effet un fait clinique fort ancien ; la conservation prédominante des fibres longitudinales. Il est certain que le petit nombre des fibres régénérées qui peut-être s'y trouve ne saurait entrer comparativement en ligne de compte. La prolifération de la névroglie n'occupe généralement ici qu'une place secondaire. Sur des coupes longitudinales en séries, on voit très bien que la décadence de la myéline ouvre la marche ; puis il peut se produire une néoformation de cellules ; finalement les fibres névrogliques se multiplient.

P. Keraval.

VI. — **Le trajet central des nerfs des muscles des yeux**, par J. Piltz. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902).

A l'aide de faibles courants d'induction, on détermine les zones de l'écorce du cerveau dont l'excitation produit des mouvements

isolés des muscles des yeux. Puis on enlève ces zones et 14 jours après on tue l'animal ; on traite le cerveau par la méthode de Marchi, finalement on le coupe en séries perpendiculaires et transversales continues. L'étude des dégénérescences indique le trajet des faisceaux qui mettent en communication le centre cortical extirpé avec les noyaux des nerfs moteurs des muscles oculaires ou avec le quartier où ils se trouvent. Nombreuses figures.

L'écorce du cerveau du chien contient quatre zones susceptibles d'engendrer des paralysies des muscles oculaires : zone frontale, pariétale, temporale, occipitale. Il ne s'agit ici que des deux premières.

I. — Le *centre oculo-musculaire frontal* occupe la partie postérieure du lobe frontal ; il est en avant du sillon crucial, immédiatement en arrière du sillon précrucial, à un centim. environ de la scissure sagittale. Limité en dedans par la région de la nuque, en dehors par la région de la tête de Munk, il touche en arrière à la circonvolution sigmoïde.

L'extirpation en est suivie d'une dégénérescence secondaire des circonvolutions du voisinage, du corps calleux, de la partie antérieure de la capsule interne, des lames médullaires internes du globus pallidus, de la couche intermédiaire de la région de la calotte, de la partie interne médiale du pied du pédoncule. Les coupes qui passent par le tubercule bijumeau supérieur montrent qu'à la hauteur du noyau de l'oculo moteur commun le pied du pédoncule est l'émanation de fibres dégénérées dans la direction de ces noyaux. Après avoir franchi la substance de Soemmering, elles affectent un trajet postéro-interne en contournant le noyau rouge en dehors et en dedans. Outre ces fibres destinées aux noyaux de l'oculomoteur commun du même côté, il en est qui gagnent le raphé, pour probablement aboutir au noyau de ce nerf du côté opposé. Mais il a été impossible de saisir le point de jonction direct des fibres dégénérées avec les noyaux. Par contre, des deux côtés dans la partie postéro-interne du faisceau longitudinal postérieur, il a été trouvé des mottes noires disséminées, sans cependant qu'on ait pu en fixer la connexion avec ces fibres dégénérées.

II. — Le lobe pariétal contient un endroit, qui siégerait dans le territoire du centre du facial, dont l'excitation provoque des mouvements associés des yeux (Fritsch et Hitzig). Il occupe la moitié externe de l'extrémité antérieure de la seconde circonvolution originelle, et est également enclavé dans la *région oculaire* de Munk.

L'extirpation d'une notable partie de cette région oculaire et, simultanément du centre oculo-musculaire pariétal, se traduit par des dégénérescences secondaires dans les circonvolutions voisines du même côté, dans la circonvolution du corps calleux,

dans la couche tangentielle de la substance grise sous-épendymaire qui forme le toit du ventricule latéral, dans le corps calleux, dans les circonvolutions symétriques de l'autre hémisphère, dans la capsule interne du même côté, dans la couche optique, dans la lame médullaire externe de la couche optique de Forel, dans le corps de Luys, dans la zone H de Forel, enfin dans la partie externe du pied du pédoncule. Presque toutes les coupes qui passent par le tubercule bijumeau antérieur montrent l'ascension des fibres dégénérées parties du pied du pédoncule vers ce tubercule. Elles gagnent la substance grise superficielle du tubercule quadrijumeau antérieur : la plupart vont jusqu'à la substance blanche profonde de cet organe ; quelques-unes peuvent être suivies de l'autre côté et çà et là émettent des rameaux latéraux qui se perdent dans la substance grise du canal encéphalomédullaire.

Il existe encore *un tractus de fibres dégénérées* qui va directement *de la capsule interne au tubercule bi-jumeau antérieur*. Les plans qui passent par la portion la plus antérieure du ganglion de l'habénula contiennent des fibres dégénérées émanées de la capsule interne. Ces fibres ne descendent pas dans le pied du pédoncule : elles se dirigent en dedans, franchissent la couche grillagée, la zone de Wernicke, et arrivent à la partie antérieure de la capsule blanche du segment antérieur du corps genouillé externe. Plus bas, là où il y a fusion des segments antérieur et postérieur du corps genouillé externe, ce faisceau dégénéré a quitté le corps genouillé externe et s'est rapproché de la ligne médiane. Dans les coupes qui portent sur la portion la plus antérieure de la commissure postérieure, ce tractus occupe la lisière de la calotte : il est situé, d'une part entre la calotte et le corps genouillé interne, d'autre part, entre les deux corps genouillés mais plutôt sur le territoire du corps genouillé interne. En avant de lui se trouve le ruban de Reil supérieur (médian). Plus bas encore, il est en arrière du bras postérieur des tubercules quadrijumeaux, jusqu'à ce qu'enfin il ait franchi la limite externe de la calotte pour arriver au tubercule bi-jumeau antérieur.

Troisième émanation dégénérative. Les coupes portant sur la moitié postérieure du tubercule quadrijumeau antérieur décèlent, à peu près à la hauteur des noyaux du pathétique, de longues fibres dégénérées qui, sorties du pied du pédoncule, en contournent en dehors la partie externe, pour traverser, en se dirigeant en arrière, la zone grise intercalée entre le ruban de Reil supérieur (médian) et le bras postérieur des tubercules quadri-jumeaux. Elles occupent donc la frontière qui sépare la calotte du corps genouillé interne. Ce sont : *les fibres aberrantes superficielles postéro-externes du pied du pédoncule cérébral,* ou *pes lem-*

niscus profundus de Déjerine (pes lemniscus de Meynert, fascicules aberrants superficiels externes de Long.) P. KERAVAL.

VII.— **Nouvelle contribution à l'anatomie pathologique de la sclérose latérale amyotrophique** ; par A. v. SARBO. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Figures montrant que l'écorce, la protubérance, le bulbe, la moelle sont le siège d'altérations marquées, tant sur les cellules que sur les fibres. L'appréciation de leur degré permet de dire qu'elles ont débuté par la moelle. Il existe une dégénérescence des colonnes de Clarke et du faisceau latéral du cervelet ; celle-ci tient peut-être à ce que la maladie, contrairement à l'habitude, a commencé par la région lombaire, ce qui expliquerait pourquoi jusqu'ici les colonnes de Clarke ont généralement été trouvées saines. Elles peuvent cependant être affectées quand la maladie débute par la région cervicale (voy. Spiller, A case of,etc... *in* Contribution from the William Pepper laboratory... Philadelphie 1900. P. KERAVAL.

VIII. — **Le faisceau antéro-latéral direct des pyramides** ; par W. G. SPILLER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

L'auteur rappelle qu'il a décrit un faisceau qui se détache de la partie latérale la plus externe du faisceau pyramidal, un peu au-dessous du plan d'entrée de la cinquième paire dans la protubérance. Il s'en détache d'abord graduellement. Plus bas, dans la protubérance, il se porte brutalement en arrière et un peu en dehors du faisceau pyramidal, pour pénétrer dans le corps trapézoïde. Au point de jonction de la protubérance et du bulbe, ces fibres sont en dehors de la partie supérieure de l'olive inférieure. L'olive en augmentant de volume le repousse en arrière, de sorte qu'à l'endroit où elle possède le plus fort diamètre, le faisceau en question occupe la périphérie postérieure et externe de cet organe. Au-dessous de l'entrecroisement des fibres motrices, il subsiste sans avoir changé de côté, sans s'être entrecroisé. Dans le bulbe, il occupe une place semblable à celle du faisceau de Gowers. Il doit naître au niveau de la capsule externe et du noyau lenticulaire.

J. S. R. Russel en décrit un autre qui est situé vis-à-vis de l'angle antéro-externe de l'olive inférieure, tandis que celui-ci occupe le côté postéro-externe de cette olive. Le faisceau de Russel semble, dans la moelle cervicale, être plus en avant que lui.

Le faisceau d'Helweg ou péri-olivaire de Bechterew est dans la moelle situé un peu plus en avant que le faisceau de Spiller. St. Barnes (*Brain*, XXIV, p. 463) a précisé l'identité de ce dernier, dont les fibres se dissocient dans le troisième segment cervical

et cessent de constituer un faisceau dans la région cervicale inférieure : parfois, néanmoins, on les peut suivre jusque dans la région lombaire. Il existe donc : un faisceau pyramidal direct, un faisceau antéro-latéral direct des pyramides, un faisceau pyramidal entrecroisé. P. KERAVAL.

IX. — **Biologie et travail de la cellule nerveuse centrale**; par P. KRONTHAL. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Tous les processus psychiques doivent être produits par deux facteurs agissant toujours de concert. De la périphérie constamment exposée à l'action des forces partent des excitations qui sont constamment conduites au sein des cellules centrales ; celles-ci les renvoient passivement à la périphérie par les voies qui s'y rendent. Ces cellules naissent et meurent continuellement. Ces deux facteurs échappent complètement à l'influence de l'individu. Sans doute nous pouvons nous arranger de façon que la périphérie ne réagisse pas, comme dans la narcose, et alors le centre mental ne manifeste rien. Mais il n'est pas en notre pouvoir d'agir sur la naissance et la mort des cellules nerveuses. Tant que les leucocytes arriveront au système nerveux central, les cellules nerveuses naîtront et mourront. Les processus psychiques sont tous des propriétés de l'organisme global, mais non celles des cellules en particulier. Dès que le système nerveux central est lésé, l'activité mentale présente des troubles parce que les communications étant anéanties, l'influence réciproque des organismes élémentaires qui constituent le *metazoon* se trouve altérée. P. KERAVAL.

X. — **Trajet anormal du faisceau pyramidal**; par E. STRAEUSSLER. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901.)

Homme de 66 ans, mort 58 jours après une attaque d'hémiplégie gauche. A l'*autopsie*, rien d'apparent dans l'organe central préposé aux paralysies. L'artère sylvienne droite contient un thrombus organisé, polypiforme, qui obture la lumière de l'artère moins un étroit canal. Ces pièces n'ont pas été examinées au microscope. Mais on a, par la méthode de Marchi, étudié la dégénérescence du faisceau pyramidal, dans le pédoncule cérébral, la protubérance, le bulbe ; elle présente les limites des pyramides en rapport avec le côté lésé.

Voici l'anomalie (figures.)

A partir de la portion inférieure de l'entrecroisement, en un point où contre le bord interne de la corne antérieure du côté opposé, se dessinent les trousseaux du cordon entrecroisé antérieur de Hoche, il existe une dégénérescence éparse qui se perd dans le territoire du renflement cervical, au niveau du 6e seg

ment cervical : les fibres sont en dehors du champ du cordon antérieur des pyramides.

Après l'entrecroisement, les fibres de ce cordon qui correspondent au côté lésé s'éloignent de la périphérie : on en retrouve cependant quelques-unes vers la pie-mère dans la moelle cervicale inférieure ; et, dans la moelle dorsale, elles forment un trousseau ininterrompu qui va jusqu'à la périphérie antérieure de la moelle où elles décrivent un crochet de côté ; ce système est encore distinct plus bas dans la moelle lombaire supérieure et, dans la moelle sacrée, il est aussi marqué par quelques débris isolés.

Le cordon latéral des pyramides du même côté est atteint jusque dans la moelle lombaire supérieure ; la dégénérescence est des plus accusées dans la moelle dorsale.

Le cordon latéral entrecroisé conserve, dans la région de l'entrecroisement, ses limites normales en avant, mais, latéralement, il envoie nombre de faisceaux jusqu'à la périphérie, envahissant ainsi le champ du cordon latéral du cervelet.

Dans le renflement cervical la dégénérescence de l'aire du cordon latéral des pyramides pousse une pointe ininterrompue en avant et en dehors dans le territoire du faisceau de Gowers dont elle occupe la plus grande partie. Les zones limites externes et la zone mixte des cordons latéraux sont envahies par des trousseaux dispersés, de sorte que la corne latérale est entourée de débris de dégénérescence ; ici le domaine du cordon latéral du cervelet est en une zone étroite assez purement conservée.

Dans la moelle dorsale, le faisceau pyramidal se colle étroitement aux cornes postérieures et dépasse en avant la corne latérale, de sorte que la limite latérale n'en est pas du tout distincte. La dégénérescence dans l'aire du faisceau de Gowers diminue fortement d'étendue en descendant mais elle n'a complètement cessé que dans la moelle lombaire. P. Keraval.

XI. — **Examen histologique du système nerveux central d'un malade affecté d'idiotie amaurotique familiale de Sachs**; par E. Frey. (*Neurolog. Centralbl.*, XX. 1901.)

Idiot de 18 mois, athrepsique, rachitique, à front très bas, aveugle mais cherchant la lumière. La macula sous forme de tache bleuâtre mesure un diamètre papillaire 1/2 : les limites en sont indistinctes, le milieu en est occupé par un point rouge-cerise d'un cinquième de diamètre papillaire. Les papilles d'apparence normale sont cependant un peu plus brillantes que d'habitude et les vaisseaux y sont un peu étriqués.

Déglutition difficile, salivation profuse. Membres supérieurs en flexion au niveau des mains et des coudes. Pieds équins. Con-

tracture spasmodique des extrémités. Constipation. Mort d'éclampsie après 2 mois de séjour à l'hôpital.

Autopsie. — Consistance cartilagineuse de l'écorce des lobes frontaux et pariétaux, du cervelet, de la partie du centre ovale contiguë au corps calleux. Moelle plus dure que normalement : substance blanche des cordons postérieurs de la moelle dorsale inférieure un peu grise et luisante. C'est tout.

Traitement des pièces par les procédés de Mueller, Marchi, Weigert et Wolters (figures.)

On constate une dégénérescence descendante des pyramides, *surtout* des cordons latéraux, moindre des faisceaux de Gowers et des faisceaux cérébelleux. Les cordons postérieurs, notamment les cordons de Goll, sont dégénérés dès la moelle cervicale jusque dans la moelle dorsale inférieure : on remonte ainsi jusqu'à leurs noyaux bulbaires. La substance grise, celle surtout des cornes antérieures de la moelle cervicale, contient des débris de myéline : dans la moelle sacrée, l'altération, insuliforme, empiète sur les groupes médians, latéraux, centraux des cellules.

Dégénérescence excessive des pyramides du bulbe, de la formation réticulaire, des pyramides de la protubérance, des fibres protubérentielles transverses ; moindre du ruban de Reil, des pédoncules cérébelleux supérieurs. Intégrité des colonnes de Clarke, des corps restiformes, de l'hypoglosse, du trijumeau, de la substance de Sœmmering, de l'entrecroisement des pédoncules cérébelleux supérieurs, de l'oculomoteur commun.

Amyélinie de la partie de la couche optique qui reçoit les fibres centripètes de l'écorce. Intégrité des noyaux rouges. Altération de la portion médiane et latérale du pied du pédoncule, et de la capsule externe. La capsule interne est surtout dégénérée dans les points où les pédoncules cérébraux commencent à se développer (mottes de myéline et cellules granuleuses). Intégrité du noyau lenticulaire, de la commissure antérieure, du corps calleux.

Magnifiques dégénérescences corticales principalement des ascendantes, du lobe occipital ; amyélinie moins absolue des lobes frontaux et temporaux : déchets de myéline plein les vaisseaux et en dehors des vaisseaux, très peu de fibres radiaires, pas de fibres tangentielles. Aucun élément d'inflammation. Cellules pyramidales extrêmement dégénérées tout à fait déformées. Aucune anomalie de forme des circonvolutions, des sillons. Volume du cerveau normal.

Le noyau dentelé du cervelet, la substance blanche cérébelleuse, contiennent énormément de gros grumeaux de myéline : les altérations sont moins prononcées dans les circonvolutions de cet organe. Dégénérescence nette de la bandelette optique et du chiasma. Nerfs optiques indemnes.

Conclusions. — Ce n'est pas un arrêt de développement congé-

nital. C'est un processus dégénératif exclusivement extra-utérin, qui a porté sur tout le système nerveux central, et avant tout sur l'écorce des hémisphères cérébraux ; il s'en est suivi une déchéance des fibres du cerveau moyen, protubérance, cervelet, bulbe, et de la moelle. Ce processus est descendu par les cornes antérieures, puis remonté par les cordons postérieurs (dégénérescence ascendante).

P. KERAVAL.

XII. — **Piqûre de la 3e paire dorsale gauche au niveau du ganglion spinal** par A. WALLENBERG (*Neurolog. Centralbl.* XX 1901.)

Ce nerf a été piqué au point où il sort de la colonne vertébrale, c'est-à-dire près du ganglion spinal. On constate : 1° une faible hypo-esthésie de la peau dans la région comprise entre le sternum et le mamelon gauche, surtout prononcée le long du 3e cartilage costal ; 2° une forte hypo-esthésie le long de la face interne du bras du même côté, à partir de la cavité axillaire jusqu'à 9 centim. au-dessus de l'épitrochlée. Il existe aussi de l'hypo-esthésie le long de l'épine de l'omoplate : celle-ci pourrait provenir des lésions accessoires. (Figures.)

Enfin, au début, le malade a éprouvé de la dyspnée et une sorte d'angoisse précordiale. Ces phénomènes rapprochés du ralentissement prolongé du pouls pourraient bien tenir à la section des rameaux sympathiques de la 3e paire dorsale, qui vont au plexus aortique, au plexus pulmonaire, et, indirectement, au plexus cardiaque.

P. KERAVAL.

XIII. — **Un cas de lésion traumatique de protubérances sans lésion du crâne**, par ST-ORLOWSKI. (*Neurolog. Centralbl.* XX. 1901.)

Un homme reçoit un coup de couteau au côté droit de la nuque. Il détermine : 1° à droite, une paralysie du trijumeau, de l'oculomoteur externe, du facial, de l'acoustique ; 2° à gauche, une hémiparésie passagère et une hémiparésie persistante. C'est là la paralysie alterne inférieure de Millard et Gubler.

Au moment de l'attentat, il tenait la tête fortement fléchie en avant et vers la gauche. Le couteau long et étroit a perforé la couche musculaire et la membrane obturatrice postérieure, tout contre le bord externe du trou occipital, et a pénétré dans la cavité crânienne, en se dirigeant en avant. Son tranchant a dû rester parallèle à la surface du bulbe, ce dernier étant demeuré intact sur presque toute sa longueur.

Il faut distinguer dans le complexus symptomatique les dégâts directs et ceux en rapport avec la compression déterminée par l'hémorrhagie. Ainsi l'hémiparésie passagère tient à la compression

de la partie antérieure de la protubérance, mais pas l'hémianesthésie. Il y a lieu de croire qu'il y a eu lésion du côté droit de la protubérance, et, par suite, du ruban de Reil, des noyaux des nerfs craniens ; une hémorrhagie intra-cérébrale peut également avoir détruit une certaine portion de la substance du cerveau.

Le noyau du facial a été le plus atteint. La parésie de l'oculomoteur externe, légère et transitoire, ne tenait peut-être qu'à une compression hémorrhagique du noyau. Plus affecté, le noyau sensitif du trijumeau ; l'intégrité de son noyau moteur trace la limite supérieure du foyer.

Le territoire nucléaire de l'auditif est bien trop grand pour qu'une lésion circonscrite de la protubérance entraîne une surdité totale : l'ouïe, ici, a été très atteinte à droite mais elle s'est améliorée ultérieurement ; le nerf cochléaire était lésé. Au nerf vestibulaire, ou au noyau vestibulaire, ou encore au pédoncule cérébelleux moyen, il convient de rattacher les troubles de l'équilibre constatés ; une lésion du tronc de l'auditif peut encore les produire. C'est à l'irritation du nerf vestibulaire (canaux semi-circulaires), que se rattache le nystagmus enregistré (Cyon, Bechterew). Aux canaux semi-circulaires altérés d'un côté on pourrait imputer les troubles de coordination des membres droits, qui disparaissent sous l'influence d'nn point d'appui.

Cet homme est menacé de perdre l'œil droit par ophtalmie neuro-paralytique, en vertu du concours de la paralysie du facial et de celle du trijumeau : il ne peut fermer l'œil, est privé du réflexe palpébral, de l'action trophique des fibres du trijumeau, a de l'anesthésie cornéenne et conjonctivale ; la kératite s'installe.

P. Keraval.

XIV. — **S'agit-il d'une atrophie musculaire d'origine névritico-spinale ou d'origine myopathique**; par T. Cohn. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

Une fillette de 15 ans dont l'hérédité est peut-être un peu chargée se plaint depuis trois ans d'un affaiblissement progressif des membres inférieurs. On constate : paralysie de tous les muscles innervés par le sciatique poplité externe des deux côtés accompagnée de contracture des pieds (aspect varus-équin) ; faiblesse des muscles du bassin et surtout du moyen fessier des deux côtés également ; pseudo-hypertrophie des mollets ; diminution ou disparition de l'excitabilité électrique de tous les muscles paralysés qui sont innervés par le sciatique poplité externe ; réaction dégénérative partielle des deux extenseurs propres du gros orteil. Intégrité des réflexes tendineux et de la sensibilité, mais il y a eu au début des douleurs lancinantes. Etat normal de la face, du tronc, des extrémités supérieures : le visage est cependant un peu bouffi, les mouvements de la physionomie sont faibles.

L'atrophie musculaire progressive est indubitable.

La démarche, l'examen de la motilité, le début de l'affection par les petits muscles des pieds, l'âge de la malade, la réaction dégénérative partielle, les douleurs lancinantes du début, sont en faveur de la névrite spinale de Charcot, Marie, Hoffmann, mais c'en serait une forme atypique à cause de la parésie hâtive des muscles du bassin, et de l'hypertrophie des mollets.

Est-ce de la dystrophie musculaire progressive ? Ce diagnostic aurait pour lui : l'hypertrophie des mollets, qu'on la considère comme réelle ou pseudo-hypertrophique, la participation précoce des muscles du bassin, la conservation de la sensibilité, l'âge de la malade, le facies quelque peu myopathique. L'intégrité des triceps fémoraux explique la persistance des réflexes patellaires. Mais ce serait aussi une forme atypique à raison de l'existence de la réaction dégénérative de concert avec le début de la paralysie par le groupe des muscles qu'innerve le sciatique poplité externe.

Il n'y a pas de diagnostic possible. P. Keraval.

XV. — **Un cas de chorée chronique progressive avec autopsie** ; par le Dr de Buck. (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 17.)

Les conclusions dégagées par l'auteur peuvent se résumer ainsi : Dans la chorée chronique le trouble hyperkinétique est fonction du faisceau extra-pyramidal et de ses centres : rien ne s'oppose à ce que la démence y soit primaire. Les lésions histopathologiques de la chorée chronique rencontrées jusqu'ici n'offrent pas d'unité et sont d'ordre encéphalitique, gliotique, dégénératif, etc. Ces différentes lésions reconnaissent vraisemblablement une étiologie variable. La chorée chronique est une affection héréditaire et familiale due vraisemblablement à une résistance insuffisante des centres psycho-moteurs. Cette pathogénie se rapproche de celle de l'épilepsie tardive, du tremblement sénile, de la myoclonie familiale, etc. G. Deny.

XVI. — **Histopathologie de la paralysie générale** ; par le Dr de Buck. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1904, n° 117.)

Se basant sur l'étude histologique, à l'aide des méthodes les plus récentes, de dix cas de paralysie générale avérée, l'auteur admet que cette affection est constituée par une encéphalite chronique d'origine toxi-infectieuse. Il ne se prononce pas sur la nature, spécifique ou non, de cette toxi-infection, qui intéresse tous les éléments du cortex sans qu'il soit possible de dire quel est celui d'entre eux qui est atteint le premier. En tout cas, quand le

processus est en pleine évolution on assiste à la regression des éléments parenchymateux qui commence par les corps cellulaires et les tubes de myéline pour finir par les fibrilles cylindraxiles.

La conclusion qui se dégage de l'ensemble de ces recherches c'est qu'il n'existe pas de lésions spécifiques de la paralysie générale et que le diagnostic histopathologique de cette affection doit être fondé non sur la considération d'un seul élément, mais sur l'ensemble du tableau qui comprend les altérations vasculaires avec leur manchon cellulaire périvasculaire composé en grande partie de cellules plasmatiques, les cellules en bâtonnet, la disposition irrégulière des couches cellulaires, les cellules nerveuses sclérosées, la disparition des fibres tangentielles et supraradiaires, l'altération profonde des fibrilles intracellulaires, etc.

M. de Buck admet, en outre que les cas de paralysie générale à forme expansive et délirante sont remarquables par le grand nombre de cellules présentant le mode de regression chromolytique (chromolyse, achromatose, désagrégation moléculaire, dégénérescence graisseuse, etc.), tandis que les formes démentielles pures se manifestent surtout par la présence d'un très grand nombre d'éléments cellulaires sclérosées. G. D.

VIII. — **Hypertrophie et lésions (tumeur) du ganglion sympathique cervical dans un prétendu cas de paralysie générale** ;par le Dr DE BUCK. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, février 1904.)

Observation d'un homme de 46 ans qui était atteint d'un délire généralisé et incohérent avec agitation et quelques signes physiques de paralysie générale, à l'autopsie duquel on trouva une sclérose du foie, des reins, de la rate, etc., et un volumineux fibrosarcome du ganglion supérieur du sympathique cervical gauche. Les centres nerveux ne présentaient aucune lésion macroscopique ni microscopique.

En présence de ces résultats, l'auteur estime qu'il a eu affaire non à une paralysie générale, mais à un délire d'origine infectieuse ou toxique. Quant à la lésion du sympathique cervical, elle aurait seulement déterminé les troubles pupillaires constatés pendant la vie du malade. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — **De la chorée de Huntington** ; par G. Renuart. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 116.)

L'auteur relate quatre cas de chorée de Huntington et rappelle les principaux caractères de cette affection qui est essentiellement héréditaire et familiale, ne se rencontre jamais avant la trentième année, s'accompagne toujours de troubles psychiques de nature démentielle et se termine invariablement par la mort au bout de 10, 20 et même 30 années. G. D.

II. — **A propos du syndrome de Raynaud** ; par le Dr P. Masoin. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 114.)

Adoptant l'opinion des auteurs qui font rentrer dans le syndrome de Raynaud la plupart des troubles angio-tropho-neurotiques (asphyxie des extrémités, acrocyanose, érythromélalgie, œdèmes spéciaux de la main ou du pied, etc.), M. Masoin relate l'observation d'une femme de 48 ans, idiote et épileptique, dont le membre inférieur droit est terminé en forme de massue avec hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané, œdème dur, cyanose de la peau, etc.

Sans nier que des lésions nerveuses, incontestables dans le cas présent (raideur des membres inférieurs, exagération des réflexes tendineux), puissent provoquer à la longue de semblables troubles angio-tropho-neurotiques, l'auteur incline à croire qu'en réalité les altérations névritiques, si volontiers incriminées, sont plutôt le résultat que la cause de pareils troubles. Ceux-ci seraient conditionnés tantôt par un spasme des vaisseaux (hystériques) ou par une lésion des tuniques artérielles, tantôt par des lésions centrales avec dégénérescences périphériques (idiots, épileptiques). G. Deny.

III. — **Nystagmus associé** ; par E. Stransky. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.)

Prenez un individu indemne de tout trouble du côté de l'appareil optique, dioptrique, locomoteur des yeux, indemne également d'affections organiques du système nerveux, de tout nystagmus apparent, et ouvrez-lui avec précaution au maximum à

l'aide des doigts la fente palpébrale ; puis, priez-le de fermer l'œil en dépit de cette résistance, mais lentement, vous verrez en quelques cas les contractions convulsives de l'orbiculaire palpébral qui lutte contre l'obstacle s'accompagner d'une oscillation rapide du globe de l'œil, horizontale ou oblique.

Quand les efforts du patient sont assez énergiques pour qu'il surmonte partiellement ou totalement la résistance, le nystagmus cesse généralement, notamment lorsque l'œil est dévié en dedans et en haut : toutefois on le voit parfois encore même quand le globe occupe cette position. Il n'est pas rare de l'observer rien qu'en maintenant simplement en haut ou en levant simplement la paupière supérieure : cela suffit pour provoquer des contractions clonicotoniques dans le constricteur. Il existe cependant des sources d'erreur. Tels les tremblements du globe au moment d'une trêve : il faut s'assurer préalablement s'ils ne surviennent pas quand les paupières jouissent de leur écartement naturel, et procéder aux examens en faisant fixer le sujet en avant. Il faut aussi se défier du déplacement de la conjonctive bulbaire : quand, par exemple, le globe est dans la rotation en haut, le réseau vasculaire de la conjonctive se déplace si rapidement de côté et d'autre sur le réseau vasculaire épiscléral, qu'on peut croire à un tremblement continu de l'œil entier. *N'attribuons donc la valeur d'un résultat positif qu'en expérimentant sur les deux globes convergeant en avant.*

Quatre observations à l'appui. Discussion.

« C'est, dit l'auteur, un phénomène *sui generis* : ce n'est pas à vrai dire du nystagmus. C'est un mouvement associé trémulant de muscles synergiques. Il émane de l'excitation du noyau du facial oculaire qui irradie par le faisceau longitudinal postérieur. »

P. KERAVAL.

IV. — **Ophthalmoplégie interne traumatique** ; par E. SCHULTZE. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVI, N. F. XIV, 1903.)

Un homme de 45 ans est affecté d'une mydriase persistante de l'œil gauche ; toute réaction à la lumière, à l'accommodation, à la convergence y a disparu ; il est incapable d'accommoder sans appeler à son aide des verres convexes de 2 D à 2 D 5. En un mot il existe une paralysie isolée du muscle ciliaire et du sphincter irien. M. Schultze pense qu'il s'agit d'une lésion du noyau de l'oculomoteur commun, probablement d'une hémorrhagie.

P. KERAVAL.

V. — **Des vomissements stercoraux dans l'hystérie** ; par L. E. BREGMAN. (*Neurolog. Centralbl.*, XX., 1901.)

Il s'agit d'une hystérique de 23 ans qui présenta de l'hématé-

mèse, des vomissements stercoraux, du mélœna, un prolapsus rectal, de la dysurie, de l'aménorrhée. La multiplicité des accidents, leur versatilité, l'action sur eux de l'influence morale, l'amélioration si considérable qui a suivi l'intervention opératoire contre le prolapsus, tout indique la nature hystérique de la genèse.

Les vomissements stercoraux s'accompagnaient de suspension des selles et de celle des gaz. L'occlusion intestinale était à croire, mais l'inconstance de l'effet évacuateur des douches d'Hégar permettait de penser à un obstacle intermittent à la circulation des matières ou à une obturation variable du calibre de l'intestin. S'agissait-il de contractions spasmodiques passagères ou d'une atonie quasi-paralytique des muscles du conduit ? L'abdomen était assez uniformément tendu, sans saillie spéciale d'anses intestinales. Le vomissement se composait : tantôt d'un liquide fécaloïde décoloré, tantôt d'un liquide contenant des crottes plus ou moins grosses. Impossible de déterminer le siège de l'obstacle qui tantôt pouvait occuper l'intestin grêle, tantôt pouvait siéger dans le gros intestin. Une opération exploratrice eût été malhonnête. La facilité avec laquelle chez ces malades apparaissent les symptômes les plus inquiétants laisse à penser que, sur ces terrains de la prédisposition névropathique et de l'hyperexcitabilité réflexe, des altérations insignifiantes suffisent à déchaîner les troubles fonctionnels les plus graves. Peut-être avait-on affaire à des mouvements antipéristaltiques (Nothnagel, Gruetzner, Kirstein, Mühsam, Hoorweg, Briquet, Treeves).

L'hématémèse est, à raison de l'évolution, inexplicable par un ulcère de l'estomac. Les hémorrhagies intestinales concomitantes, l'hémoptysie des commémoratifs indiqueraient l'hémophilie que réfute l'histoire et l'examen de la malade. L'origine buccale ou pharyngienne du sang de l'estomac ne s'applique pas aux symptômes si divers et si graves du côté de l'intestin dont la surface est du reste lisse (prolapsus), intacte. Il n'y a ni ulcère gastrique, ni ulcère intestinal. C'est une réaction insolite des muqueuses. P. Keraval.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — **Fréquence et étiologie de la démence précoce** ; par J. Crocq. (*Bull. de la Soc. de médecine. ment. de Belgique*, 1903 nº 117.)

Les recherches de l'auteur ont porté sur 150 hommes et 150 femmes. Sur ce total de 300 malades, il a trouvé 47 démences

précoces,soit 15, 66 % (non compris les délires systématisés) dont 19 chez des hommes et 28 chez des femmes, ce qui donne pour les premiers la proportion de 12,66 %, et pour les secondes de 18,51 %.

Au point de vue de l'âge, le plus grand nombre des cas a été observé, chez les femmes, entre 30 et 35 ans et chez les hommes, entre 20 et 30 ans : la démence précoce (précoce eu égard au début des troubles mentaux plutôt qu'au point de vue de l'âge) serait donc plus tardive chez la femme que chez l'homme.

M. Crocq s'est efforcé ensuite de déterminer les facteurs étiologiques qui ont donné naissance à la maladie. Sur ces 47 cas, il a noté 32 fois des antécédents névropathiques ou psychopathiques, soit une proportion de 68,08 %.

Parmi les causes occasionnelles, l'auteur croit qu'il faut placer en première ligne les *chagrins* chez les femmes, le *surmenage intellectuel* et les *traumatismes craniens* chez les hommes. Pour démontrer la réalité de ce dernier facteur étiologique de la démence précoce, M. Crocq, cite les observations de quatre malades (3 hommes et 1 femme) le développement de l'affection a été précédé plusieurs mois ou plusieurs années auparavant d'un violent traumatisme du crâne. G. DENY.

II.—**De l'obsession dans ses rapports avec la psychasthénie curative** ; par le Dr MARANDON DE MONTYEL. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1904, n° 115.)

L'auteur, dans ce travail, fait le procès de la *théorie intellectuelle* et de la *théorie aboulique* des obsessions, qu'il s'efforce d'expliquer par un trouble particulier de l'émotivité consistant dans une insuffisance congénitale du capital nerveux émotif des obsédés. C'est cette psychasthénie émotive qui serait la cause unique de l'état obsédant avec son aboulie si caractéristique de l'apparition soudaine de l'idée tyrannique qui s'impose à la volonté de la lutte énergique et inutile que soutient contre elle l'obsédé des crises d'angoisse qui éclatent à l'improviste et à des intervalles variables comme des convulsions, enfin de la rareté excessive du passage à l'acte alors que la force impulsive qui pousse le malade est énorme. G. D.

III. — **Association chez un idiot de la maladie de Raynaud et de gangrène neurolique cutanée multiple** ; par le Dr de BUCK. (*Bull. de la Soc. de médecine ment. de Belgique*, 1904, 114.)

S'appuyant sur les graves lésions observées à la fois du côté du système nerveux central, des nerfs et des vaisseaux chez un idiot qui était atteint en outre de maladie de Raynaud et de gangrène

neurotique cutanée multiple, l'auteur estime que le siège principal des lésions qui commandent les processus vaso-moteurs périphériques se trouve dans la substance grise centrale périépendymaire qui constitue l'origine du sympathique. Il y aurait donc lieu de décrire en neuropathologie médullaire le syndrome de cette substance grise, comme on décrit le syndrome des cornes antérieures et le syndrome de la substance grise centro-postérieure. En un mot, c'est l'altération de la substance grise périépendymaire qui donne lieu aux troubles vaso-moteurs, trophiques, sécrétoires, et aux crises viscérales propres à certaines affections de la moelle, ainsi qu'à certaines trophonévroses. Chez l'idiot en question, on peut admettre que c'est la constitution défecteuse *ab ovo* de son système sympathique, aidée de quelques irritations périphériques anormales qui a provoqué les lésions vasculaires ayant abouti à la sclérose et à la gangrène. G. D.

IV. — **Contribution à l'influence réciproque des aliénés les uns sur les autres** ; par P. Naecke. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.) Observation d'*infection musicale.*

Les délires se communiquent extrêmement rarement dans les asiles. C'est que généralement chaque malade s'occupe de soi, ne fait pas ou fait superficiellement attention aux autres, qu'il ne s'établit pas de relations cordiales. C'est l'inverse de ce qui a lieu dans la famille, chez les gens mariés : d'où la folie à deux. Il existe également peu de délirants systématiques qui prêchent leurs idées délirantes à qui veut ou non les entendre. Les malades se rendent très bien compte de la bizarrerie des idées de leurs voisins ; ils en sont peu impressionnés et ne font qu'en rire. Avec le temps ils deviennent très égoïstes, et leur sensibilité morale s'affaiblit trop pour qu'ils prennent part aux idées et menées d'autrui. M. Naecke a cependant vu, en mars 1900, un paralytique général présenter des idées de grandeur spéciales qu'il tenait d'un de ses compagnons et auxquelles il croyait : la disparition en fut tout aussi rapide que l'avait été la genèse, tant elles étaient superficielles ; elles furent remplacées par ses idées propres. La crédulité des paralytiques et des débiles est notoire. Nous en avons touché un mot dans notre *Pratique de la médecine mentale*, page 260. Plus fréquente est l'imitation des actes, surtout chez les débiles et les catatoniques. Tel celui dont parle M. Naecke, qui suivait continuellement un autre malade et marchait du même pas que lui.

Voici maintenant un cas unique de contamination musicale. Un imbécile agité, jadis atteint d'épilepsie, chante une série d'accords sans fin qui imprègnent à ce point un autre imbécile plus obtus, dysacousique et muet, qu'il répète souvent cette mélodie,

longtemps de suite sur un mode identique ou peu modifié. F.. fredonne une sorte de danse des ours (voir le texte musical dans le mémoire), ou la chante carrément en s'appuyant au mur ou en se balançant à l'unisson sur une jambe et sur l'autre et souvent en se bouchant les oreilles ou en s'accompagnant de la main sur quelque objet sonore. Il syllabe parfois cet air et y introduit quelques variantes : de temps à autre il alterne avec quelque chant populaire. D.. agit de même ou à peu près dans la mesure de ses moyens ; il n'y introduit pas de syllabes ni de mots, ses gestes concomitants sont plus pauvres et plus rares, il ne s'élève jamais à la hauteur de chants populaires. Il est évident que D. a pris à F. cette mélodie, car F. a habité très longtemps une chambre voisine et D. l'a souvent entendu dans le couloir commun : c'est la même suite d'accords, le même ton, le même rythme. Il est probable que F. a inventé ce motif : il est certain que D. est incapable d'en inventer autant. C'est un cas à placer à côté de la folie imposée. P. KERAVAL.

V. — **Sur le diagnostic différentiel de la maladie de Korsakoff** ; par les Drs S. SOUKHANOFF et BONTENKO. (*Journ. de Neurologie*, 1903, nos 22 et 23.)

Les auteurs passent en revue dans ce travail les différents complexus symptomatiques appartenant à l'alcoolisme chronique, à la confusion mentale, à la démence sénile, à l'artério-sclérose cérébrale,aux tumeurs cérébrales,à la syphilis cérébrale,à la paralysie générale, à la polioencéphalite hémorrhagique supérieure etc., qui de près ou de loin peuvent simuler le syndrome de Korsakoff: celui-ci est considéré par MM.Soukhanoff et Bontenko comme une forme morbide autonome, caractérisée à la fois par des troubles psychiques (amnésie des faits récents et de la vie courante, fausses réminiscences, confabulations, etc.), et des phénomènes polynévritiques, ces derniers n'étant toutefois pas indispensables. G. D.

VI.— **Un moyen épilepto-frénateur héroïque : le décubitus latéral gauche** ; par J. CROCQ. (*Bull. de la Soc. de méd.ment. de Belgique*, 1904, n° 117.)

Le moyen recommandé par le Dr Crocq,d'après le Dr Mac Conaghen (d'Edimbourg),consiste à placer l'épileptique,au début de son accès, sur le côté gauche : les convulsions cessent immédiatement. « Jusqu'à présent, affirme le Dr Crocq, je n'ai vu aucun accès résister à cette pratique pourvu qu'on l'applique au début de la période tonique. Je ne doute pas que des exceptions puissent contredire cette règle, mais je n'en suis pas moins persuadé que nous possédons dans le décubitus latéral gauche un moyen héroïque

d'arrêter les accès d'épilepsie et peut-être aussi un procédé de nature à diminuer leur fréquence et leur intensité. » (1). G. D.

VII. — **Action toxique des troubles viscéraux dans la genèse des psychoses** ; par le Dr Deroubaix. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 116.)

Ce travail est destiné à montrer que les maladies du cœur, chez les sujets prédisposés sont susceptibles de provoquer l'apparition de troubles mentaux par insuffisance fonctionnelle du foie. Les troubles psychiques offerts par le malade correspondaient au tableau clinique que certains auteurs décrivent encore sous le nom de manie chronique, que d'autres, plus nombreux, tendent à rattacher à la démence précoce. Sans se prononcer sur ce point de nosologie, l'auteur estime que le mieux est encore de considérer la psychopathie de son malade comme une psychose dégénérative mise en activité par un facteur étiologique de nature toxique, que, dans l'espèce, il convient de rattacher à un trouble grave de la glande hépatique. A noter que les lésions histologiques constatées au niveau des lobes frontaux intéressaient à la fois les cellules, les vaisseaux et la névoglie. G. D.

VIII. — **Des limites de la cognition en psychiatrie** ; par R. Gaupp. (*Centralblatt f. Nervenheilk*, XXVI, N. F. XIV, 1903.)

La psychiatrie a peu bénéficié des recherches anatomiques. Les élucubrations inventées par la théorie des localisations, les théories édifiées par l'anatomie et la physiologie constituent des assertions sans preuves, toutes arbitraires. La chimie physiologique n'a point encore produit de travaux capables de servir de canevas aux problèmes de la psychiatrie. Rien de plus juste que de collaborer aux recherches de psychologie expérimentale, mais quant à voir en elle la seule voie du progrès possible, c'est une autre affaire. Ce sont en réalité l'introspection directe, l'auto-observation et l'observation d'autrui, dont nous nous servons et devons continuellement nous servir dès que nous voulons comprendre les relations des phénomènes psychiques. Nous en sommes encore presque absolument à collecter et à décrire de faits. P. Keraval.

IX. — **Contribution à l'étude des obsessions syndromiques de la névrose de défense** ; par W. Strohmayer. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVI, N. F. XIV, 1903.)

Il s'agit d'un homme de 45 ans ; il s'est masturbé étant jeune jusqu'à la classe de philosophie ; à cette époque, un de ses camara-

(1) Dans la plupart des cas où ce procédé a été appliqué dans notre service de Bicêtre et à l'Institut médico-pédagogique, il n'y a eu aucun résultat. (Bourneville.)

des lui fait remarquer les fâcheuses conséquences de son vice. Dès lors apparait une période de défense. Il tâche de chasser de son esprit toute image de blâme lui rappelant le souvenir de ses pratiques génitales ; il est assailli de scrupules, de sentiments de honte, de craintes de ne pas réussir. Ses efforts sont couronnés de succès. Puis les souvenirs s'implantent dans la conscience avec l'idée de culpabilité qui s'y attache, cette fois sous la forme obsédante. Toute action normale devient pour ce malheureux le symbole d'une masturbation désirée ou effectuée, le souvenir de l'action blâmable forçant, avec le sentiment connexe, la volonté contraire du sujet. A cela se substitue enfin la tentation anxieuse de saisir les organes génitaux d'autrui et l'image de la criminalité de l'acte. Dans sa lutte contre ses idées obsédantes en faisant appel à ses souvenirs conscients le malade présente les symptômes de la folie du doute, du délire du toucher, de la misophobie, des scrupules morbides, des obsessions sexuelles. Quelques années plus tard une récidive a lieu plus rapide et plus vexatoire. Tout plaisir sexuel excite l'émotion d'un acte blâmable et par suite, les mêmes efforts de rejet que jadis.

P. KERAVAL.

X. — **Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'idiotie amaurotico-paralytique familiale de Tay-Sachs**, par H. HIGIER. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901.)

Caractérisée par l'atrophie des nerfs optiques, et surtout de la *macula lutea* des deux yeux, celle-ci suivant exceptionnellement la première, et constituant dans l'immense majorité des cas la note dominante du tableau morbide, la maladie débute graduellement, chez un enfant qui s'est normalement développé pendant plusieurs mois, par de l'apathie, la cessation progressive des mouvements spontanés, l'impossibilité de tenir le dos et la tête droits, de l'hyperacousie. Elle sévit sur plusieurs enfants nés bien portants sans règle, sans ordre. Finalement arrivent l'idiotie, le marasme, à la fin de la 2ᵉ ou dans le cours de la 3ᵉ année de la vie. Outre l'atrophie pure du nerf optique, la tache jaune est transformée en une grande tache blanche assez limitée, plus ou moins ronde, ayant au centre un point assez rond, rouge-brun : ce point semble être une lacune à travers laquelle on aperçoit le tissu sain, mais l'image est celle de l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Il en existe 24 cas, chez des juifs, de Pologne, de Lithuanie, de la Russie du Sud. L'auteur donne l'observation de deux nouvelles familles : 3 types.

On ne pourrait la confondre qu'avec de la diplégie cérébrale, assez rare, affection familiale qui s'accompagne d'atrophie des nerfs optiques. Seulement ici la période latente est de 7-12 ans,

les malades atteignent l'âge de 17 et 24 ans, l'atrophie des nerfs optiques ne s'accompagne pas de dégénérescence symétrique de la macula.

Les 8 autopsies avec 4 examens oculaires que l'on possède témoignent d'un processus dégénératif, non inflammatoire, du système nerveux central normalement organisé ou défectueusement construit, survenant dans la 1re année de la vie. Déchéance progressive des grandes cellules pyramidales, des fibres tangentielles, des fibres radiaires, de l'écorce. Dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux dans la capsule interne, le pédoncule cérébral, la protubérance, le bulbe, la moelle. Plus rarement lésion de la racine descendante du trijumeau, du ruban de Reil, du segment le plus élevé des cordons de Goll et des cornes antérieures motrices. La rétine révèle : l'atrophie des fibres des nerfs optiques, un léger œdème de la couche des cellules nerveuses, un épaississement de la couche moléculaire externe et des fibres de Henle dans la tache jaune. La *fovea centralis* contient une substance grenue accolée à la couche granuleuse externe ; c'est, pour Mohr, un débris de l'épithélium pigmentaire ramolli et des filets externes des cônes et bâtonnets.

Il conviendrait de bien saisir l'ordre de succession des accidents du nerf optique et de la macula, afin de résoudre définitivement la question de la dégénérescence symétrique de la tache jaune. S'il était établi que cette affection hérédo-familiale, probablement endogène, entraîne la cécité avant qu'on ait pu percevoir aucune anomalie dans le nerf optique, on devrait considérer l'amaurose, et peut-être aussi la dégénérescence de la macula comme les résultats du processus dégénératif du cerveau.

P. Keraval.

XI. — **Du vomissement de matières fécales dans l'état de mal épileptique** ; par H. Goetze. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Femme de 51 ans, épileptique depuis la puberté, internée depuis 19 ans. Le 21 avril 1897, elle a l'après-midi plusieurs attaques d'épilepsie violentes qui se transforment ultérieurement en état de mal. C'est alors qu'à 5 heures du soir elle vomit à plusieurs reprises des substances qui exhalent à plein nez l'odeur fécale, et qui sont mélangées de parcelles d'excréments. A 10 heures tout cesse. Le 8 septembre 1897, de 6 à 9 heures du soir état de mal suivi du même phénomène. Le 29 août 1899, de 4 à 8 heures du soir, retour des accidents. Les états de mal de courte durée, et de faible intensité, ne déterminent pas de ces vomissements-là. En dehors de ces incidents rien du côté du tube digestif. Jamais de coprophagie.

Il est à penser que le système musculaire de l'intestin contracturé par les spasmes convulsifs a produit une obstruction passagère. (Voy. les recherches d'Ossipow. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* XV et *Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.) P. KERAVAL.

XII. — **La théorie des psychoses d'origine toxique** ; par P. HEIBERG. (*Centralblat. f. Nervenheilk,* XXV, N. F. XIII, 1902.)

Groupons les accidents par séries chimiques : série grasse, série aromatique, alcaloïdes.

I. — Les composés de la série grasse qui produisent le plus souvent des troubles mentaux sont : le chloroforme, l'iodoforme, l'alcool, l'éther, la paraldéhyde, le chloral, le sulfonal.

Le type des psychopathies de ce groupe, c'est la folie alcoolique à laquelle ressemblent les autres. (Voy. *Lewin Nebenwirkungen der Arzneimittel*, 1899.) Toutes ces psychoses pourraient bien être fondues en un groupe unique dont le type mériterait d'être détaillé, car elles émanent de la résorption sans modification de composés agissant tels quels sur le système nerveux. D'ailleurs la narcose qu'ils produisent a toujours le même caractère et, par suite, sa théorie pourrait s'appliquer à celle de la genèse des désordres mentaux de semblable origine. Le nombre des groupes éthyliques ($C^2 H^5$) renfermés dans la formule de chacun d'eux doit jouer son rôle pathogène, et les aptitudes délétères de ces composés chimiques tiennent peut-être à la propriété, qui leur est commune, de dissoudre les substances graisseuses. (H. Meyer.)

II. — Série aromatique. Un petit nombre de ces composés provoquent des troubles psychiques. L'acide salicylique détermine du délire avec ou sans dépression préalable. Quelques autres, à l'occasion, engendrent des désordres mentaux, mais ils sont si passagers qu'il est difficile d'en tracer un tableau précis. Il se peut que les allures de ces composés à l'égard des substances grasses jouent aussi un rôle psychopathogène.

III.— Alcaloïdes. Les perturbations mentales qu'ils engendrent sont bien moins homogènes. Du reste ils sont chimiquement si différents et si peu étudiés qu'il est difficile de s'orienter.

Une subdivision psychochimique paraît admissible pour l'atropine et la cocaïne ; une autre pour la morphine et ses dérivés : à cette dernière appartiennent : troubles psychiques aigus et passion du malade pour le poison. La nicotine, la quinine, la santonine, et peut-être aussi l'antipyrine ont également leur intérêt. Sur le mode d'action des alcaloïdes on sait peu de choses.

L'étude clinique parfaite des psychoses toxiques doit servir d'in-

troduction à la recherche des substances de l'économie qui donnent naissance à bien des psychoses spontanées : ainsi il est des folies pubérales, qui, étant donné l'aspect des malades, indiquent l'existence d'une intoxication. P. KERAVAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **De l'action de l'hédonal sur l'organisme animal** ; par R. S. LAMPSAKOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Hypnotique actif et inoffensif qui, agissant 4 fois plus que l'uréthane, possède tous les bons effets de l'éthyluréthane, sans troubler notablement le cœur et la respiration. On peut l'employer à hautes doses comme narcotique pour les vivisections, et à petites doses, comme préliminaire à la chloroformisation. Chez les personnes anémiques et délicates, chez celles qui présentent certains troubles cardiaques, il est moins nuisible que l'hydrate de chloral. S'administre par l'estomac ou en lavements, non en injections hypodermiques. P. KERAVAL.

II. — **Essais de traitement des aliénés sans la cellule et au moyen de l'hydrothérapie** ; par W. ALTER. (*Centralblatt f. Nervenheilk*, XXV, N. F. XIII, 1902.) — **Contribution à l'hydrothérapie dans les psychoses** ; par W. ALTER. (*Ibid.*, XXVI, N. F. XIV, 1903.)

Le premier mémoire a été analysé dans le *Progrès médical* (1902, nos du 3 mai et du 19 juillet.) Dans le second, l'auteur affirme que les bains prolongés pendant 24 heures diminuent progressivement l'excitabilité générale et l'hyperactivité cérébrale. Peut-être, cet effet s'obtient-il par l'intervention du système vasculaire et simplement par la fatigue du cerveau. En tout cas, ce moyen a une valeur pratique et une importance clinique hors de doute. P. KERAVAL.

III. — **Des paralysies consécutives à l'usage du phosphate de créosote** ; par L. LŒWENFELD. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, XXVI, N. F. XIX, 1903.)

Deux observations dont voici le résumé :

Les nerfs de la tête demeurèrent complètement et constamment

épargnés. Les jambes furent les premières atteintes ; la forme de la paralysie y fut infiniment plus grave et plus durable qu'aux bras. Les muscles de la jambe et du pied furent infiniment plus atteints que ceux des cuisses. Intégrité de la sensibilité cutanée. Douleurs et paresthésies passagères n'ayant pas joué de rôle considérable. Conservation du phénomène du genou. Disparition de la sensibilité faradique dans le territoire du sciatique poplité externe ; elle était demeurée dans les muscles du mollet. L'une des observations (Obs. I), trahit quelque atrophie des mains notamment de l'éminence thénar. Dans l'obs. II, on relève une atrophie nette des muscles des jambes et des cuisses rétrocédant après plusieurs mois. Il est à craindre qu'il ne se produise pas une parfaite guérison, qu'il subsiste des infirmités musculaires dans le domaine du sciatique poplité externe.

M. Lowenfeld croit à une lésion simultanée des cornes antérieures grises, des conducteurs moteurs périphériques, ainsi que dans les paralysies infectieuses et toxiques.

Rien jusqu'ici n'a été relevé au point de vue de la toxicité de la créosote, ou de l'acide phosphorique séparément, quant au système nerveux. Et cependant les deux observations précédentes prouvent que le phosphate de créosote est dangereux au moins en *injections sous-cutanées*. P. Keraval.

IV. — **Du véronal comme hypnotique**, par le Pr Francotte. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 115.)

Le véronal a été administré par l'auteur dans des cas d'insomnie dépendant de maladies nerveuses ou mentales très diverses : artério-sclérose cérébrale, mélancolie, neurasthénie, folie obsédante, hystérie, paralysie générale, etc. La dose a varié de 25 centigr. à 1 gr., prise le soir en se couchant dans une infusion d'eau chaude. D'une demi-heure à une heure après l'ingestion, il se produit, dans le plus grand nombre des cas, un sommeil calme suivi d'un réveil exempt de tout malaise. G. D.

V. — **Principes fondamentaux de l'électrothérapie des maladies nerveuses**; par M. Doumer. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 19.)

Après avoir démontré la réalité des propriétés curatives de l'électricité, l'auteur s'élève contre l'idée encore assez généralement admise que cet agent n'est efficace que dans les affections nerveuses ou musculaires et s'attache à démontrer, d'une part que l'énergie électrique agit sur toutes les cellules de l'organisme en exagérant leur vitalité fonctionnelle, et d'autre part, que les maladies qui s'accompagnent de phénomènes inflammatoires guérissent ou s'améliorent toujours plus rapidement que celles où

ces signes font défaut. En ce qui concerne les affections des centres nerveux en particulier, ce n'est donc pas comme on l'admet communément, à une époque plus ou moins éloignée permettant de supposer la disparition des phénomènes inflammatoires qu'il faut avoir recours à l'électricité, mais aussitôt que possible après le début des accidents. G. D.

VI. — **Un syndrome catatonique supprimé par l'intervention chirurgicale** ; par K. Bonhœffer. (*Centralb. f. Nervenheilk*, XXVI, N. F. XIV, 1903.)

Un homme de 57 ans, porteur d'une dépression de la paroi cranienne du côté gauche, présente successivement des symptômes de parésie du côté droit, une modification de caractère, enfin une psychose aiguë avec phénomènes nombreux dans le domaine de la motilité. Trois ans après le début des accidents mentaux, stéréotypie, grimaces, attitudes mécaniques, pseudo-flexibilitas cerea. On résèque une portion du crâne, on enlève une petite altération de la pie-mère, sans avoir trouvé de foyer au niveau de la cicatrice crânienne. Tous les troubles disparaissent soudain.

P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 1er décembre 1904. — Présidence de M. Déjerine.

Ecoulement continu de liquide céphalo-rachidien par le nez.

M. Vigouroux montre un malade âgé de 26 ans qui depuis neuf mois présente un écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez. La quantité de liquide émise en 24 heures est d'environ 800 c. c.

Ce liquide analysé par M. Valeur a la composition du liquide céphalo-rachidien. La comparaison avec ce liquide obtenu par ponction lombaire est démonstrative. Il contient du glucose à la dose de 0,20 centigrammes par litre, de l'urée à la dose de 0,28 par litre. La substance réductrice signalée par M. Guerbet n'a pu être retrouvée. L'épreuve à l'iodure de potassium a été négative.

Torticolis mental ou torticolis spasmodique.

MM. de Massary et Tessier présentent une malade dont l'état

revêt la forme de torticolis mental avec geste antagoniste. Mais les réflexes sont exagérés des deux côtés. La ponction lombaire n'a montré aucune leucocytose, le diagnostic reste incertain. S'il y a tic mental, la méthode de Brissaud le guérira ; s'il y a spasme, une opération peut être discutée.

Polynévrite lépreuse unilatérale gauche.

MM. Brissaud et Rathery. — Il s'agit d'un malade qui fit de nombreux séjours au Tonkin, et qui présente à la main gauche la déformation en griffe typique avec atrophie musculaire notable ; il existe de la dissociation syringomyélique de la sensibilité sur tout le bord cubital de la main et de l'avant-bras. On note de plus des crises extrêmement douloureuses à type névralgique dans tout le bras et une nodosité du nerf cubital.

Ostéopathie trophique de la hanche gauche.

MM. Brissaud et Rathery montrent un malade atteint d'une ostéopathie atrophique de la hanche d'origine tabétique. Le tabes est dans ce cas purement sensitif et trophique. Il s'est greffé sur ces lésions de l'ostéopathie hypertrophique du grand trochanter et de l'ischion probablement d'origine tuberculeuse.

Poliomyélite subaiguë à type scapulo-huméral.

MM. Gauckler et Roussy. — Les auteurs insistent sur ce fait qu'ici la distribution de l'atrophie affecte une topographie radiculaire, ce qui est la règle des amyotrophies myélopathiques ainsi que l'a montré M. le prof. Déjerine. C'est dans le domaine des 5e et 6e paires cervicales que l'affection a commencé et où elle est le plus accusée, pour envahir ensuite la 7e paire cervicale.

L'absence de douleurs, de troubles de la sensibilité, l'existence de contractions fibrillaires et de réaction de dégénérescence justifient le diagnostic de poliomyélite à marche subaiguë.

Hémiplégie spasmodique infantile. (Paralysie post-spasmodique.)

M. J. Babinsky. — La jeune fille de vingt-six ans que je présente est atteinte depuis l'âge d'un an de troubles de motilité du côté droit. Ce qui frappe surtout, c'est, d'une part, une atrophie du membre inférieur avec pied en varus équin, d'autre part, des mouvements involontaires du membre supérieur, venant par accès d'une durée de cinq à dix secondes, et caractérisés par des spasmes donnant lieu tour à tour à de la rotation en dedans et en dehors, de l'abduction et de l'adduction du bras, de la flexion et de l'extension de l'avant-bras, du poignet, des doigts, qui s'écartent quelquefois, prenant une attitude qui rappelle celle de l'athétose. Ils sont rapides et violents ; quelques-uns durent plusieurs secondes ; on a de la peine à s'y opposer. Ces accès de

spasme sont rares au repos, nuls pendant le sommeil, reparaissent à tout instant lors d'un effort intellectuel ou physique. Les muscles de la face sont aussi agités par des mouvements spasmodiques. Les mouvements volontaires, nuls pendant les spasmes, sont constamment troublés par une paralysie variable, surtout prononcée à la suite d'un accès de spasme, très légère au réveil: il y a retard ordinairement long entre l'incitation volontaire et le début du mouvement. Les réflexes tendineux, peu exagérés au membre inférieur, sont normaux au membre supérieur. On note enfin le mouvement de flexion combinée de la cuisse et du tronc à droite, et le signe du peaucier à gauche. C'est une hémiplégie spasmodique infantile, le système pyramydal est atteint. Mais la paralysie a des caractères bien spéciaux intéressants, fluctuations dans son intensité, prolongation du temps de réaction volontaire, état des réflexes tendineux très peu exagérés. Comme on l'a vu, elle semble subordonnée aux spasmes et on peut pour ce motif lui donner la dénomination de paralysie post-spasmodique.

Myopathie hypertrophique consécutive à la fièvre typhoïde (Dissociation des diverses propriétés des muscles.)

M. Babinski. — Je présente une jeune fille qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, il y a cinq ans, a été atteinte d'une affection du membre supérieur droit, qui se serait atténuée depuis le début, mais est encore fort gênante et se manifeste ainsi : une hypertrophie musculaire vraie de tout le membre, sauf la main, prédominant à la racine, et associée à l'avant-bras, à une atrophie de quelques muscles postérieurs ; une augmentation de la consistance des muscles, qui sont plus durs que du côté sain ; une déformation du membre qui paraît liée à l'atrophie des muscles qui étendent la main sur l'avant-bras, à la raideur et à l'hypertrophie des autres ; une diminution de la contractilité électrique des muscles sans D. R. une hyperexcitabilité musculaire vis-à-vis des incitations volontaires, d'où dérive une exagération de la synergie physiologique : une augmentation de la puissance des muscles hypertrophiés ; une gène dans l'accomplissement de la plupart des mouvements (de l'extension de la main par atrophie des muscles correspondants, des autres mouvements par exagération de la synergie physiologique, d'où contracture des muscles antagonistes).

Je ne trouve chez cette malade aucun des signes objectifs qu'on trouve dans l'hémiplégie ou dans la monoplégie brachiale par lésion centrale, et j'estime que l'affection doit dépendre d'un trouble périphérique. Il s'agit d'un cas de myopathie primitive ou consécutive à une altération musculaire typhique qu'il convient

de nommer hypertrophique. Un cas analogue a été publié par M. Lesage.

Celui que je présente a ceci de remarquable, qu'il montre qu'une myopathie est capable de dissocier les diverses propriétés des muscles, d'affaiblir les unes, de suractiver quelques autres, rompant ainsi l'harmonie des fonctions élémentaires, et amenant une perturbation dans le fonctionnement général des muscles atteints. Je rappellerai à ce sujet un phénomène paradoxal analogue que j'ai fait connaître, l'exagération de l'équilibre statique et coïncidant avec l'affaiblissement de l'équilibre cinétique dans certains cas de lésion de l'appareil cérébelleux.

Névrite sensitivo-motrice des extrémités par abus de bicyclette.

MM. Léopold Lévi et Wormser présentent un jeune homme de 22 ans atteint de sensations paresthésiques des extrémités, d'abolition des réflexes achilléens, de diminution des réflexes rotuliens, d'impotence fonctionnelle avec atrophie des divers muscles de la main et du pied et avec traces de réaction de dégénérescence, ou troubles objectifs de la sensibilité.

Il s'agit d'une névrite sensitivomotrice dont la cause est professionnelle. Pendant les manœuvres, le malade a fait un abus forcé de la bicyclette et le surmenage des muscles des extrémités joint au surmenage général et au refroidissement, a déterminé cette névrite. La notion étiologique est confirmée par l'apparition de fourmillements sous la plante du pied dès le 3e jour de l'exercice et par la prédominance des lésions au pied droit due à une longue course sur la seule pédale droite.

Contribution à la pathologie bulbo-cérébelleuse.

MM. Léopold Lévy, Bonniat et Taguet présentent un malade atteint de troubles de l'appareil cérébelleux et dont les symptômes permettent de localiser les lésions au niveau du bulbe foyers de ramollissement multiples).

Un autre malade, également artérioscléreux, est porteur d'une hémiplégie organique avec troubles hystériques surajoutés et syndrome cérébelleux, la localisation paraît la même que pour le premier malade. Les auteurs tirent des conclusions au point de vue de l'importance des signes objectifs et de l'histoire générale de l'hystérie.

Sur le phénomène de « déjà vu » ou fausse reconnaissance.

M. Ballet présente une femme qui, à la suite de crises épileptiformes peut-être comitiales, peut-être d'origine urémique, croit reconnaître formellement des personnes, des locaux, des objets, qu'elle n'a certainement jamais vus antérieurement. Ce trouble

se présente chez des individus en état de fatigue cérébrale et doit s'expliquer par une altération de la perception.

Sclérose en plaques juvénile.

MM. Dupré et P. Garnier rapportent un cas typique de sclérose en plaques, à marche subaiguë, ayant débuté il y a 6 mois, sans aucun antécédent familial ou personnel saisissable, chez un jeune garçon de 19 ans. Début par crampe dans l'avant-bras droit, et apparition successive du tremblement intentionnel, de la parésie spasmodique des membres inférieurs, des vertiges, de la dysarthrie, etc. Actuellement, accentuation de ces troubles, avec nystagmus, amblyopie, asynergie cérébelleuse, diadokokinésie, démarche cérébello-spasmodique. Pas de troubles de l'équilibre volitionnel statique. Au syndrome de la sclérose en plaques, s'ajoutent des troubles hystéro-neurasthéniques et phobiques qui compliquent le tableau morbide (exagération de l'émotivité, staso-basophobie, etc.) et rendent difficile, dans l'analyse de l'état mental, l'évaluation exacte d'un déficit démentiel qui semble manifeste : étiologie muette : évolution rapide : terrain juvénile : associations psychopathiques multiples : telles sont les particularités intéressantes de ce cas de sclérose en plaques.

Poliomyélite curable chez un gymnasiarque consécutive à des excès de fatigue.

MM. Raymond et G. Guillain présentent un malade qui fut pris en janvier 1904, en quelques jours et sans infection, d'une paralysie des membres supérieurs et surtout de la racine des membres. Quelques semaines plus tard : paralysie absolue des muscles de l'avant-bras, des deltoïdes, de la ceinture scapulaire, des pectoraux, avec atrophie rapide, amaigrissement des quadriceps et marche difficile. Réflexes tendineux abolis, contractions fibrillaires. Pas de troubles de la sensibilité, pas de signes de paralysie bulbaire. Réactions électriques simplement diminuées sans R. D. Amélioration puis guérison.

Voici donc un cas où, sans doute les produits toxiques, créés par la fatigue, ont amené une intoxication soit des cellules de la corne antérieure de la moelle, soit des nerfs périphériques, soit des muscles et ont créé le syndrome que nous avons constaté chez le malade, il y a lieu d'insister sur les formes curables des poliomyélo-névrites chez certains malades qui présentent en apparence une symptomatologie grave.

Stasobasophobie chez un psychasthénique à l'occasion d'une neuromyosite.

MM. Raymond et Guillain présentent un malade incapable de

rester debout immobile, avec rétropulsion telle qu'il tombe si on ne le retient pas. On relève de l'amyotrophie de la région antéro-externe de la jambe, de l'hypertrophie dans la région postérieure avec contracture, douleur sciatique. Le malade ne peut complètement fermer les paupières, ce signe remontant à l'extrême jeunesse.

Maladie de Basedow avec paralysie bulbo-spinale asthénique.

MM. Brissaud et Bauer présentent une femme de quarante-six ans atteinte de maladie de Basedow typique et ayant eu, à la suite de vomissements incoercibles, une asthénie très profonde avec amaigrissement général et atrophie musculaire diffuse. Comme cette femme a présenté de légers troubles proprement bulbaires et médullaires, les auteurs rapprochent ce cas des faits de syndrome de Basedow compliqué du syndrome de Erb ou inversement. La malade semble donc atteinte d'un goitre exophtalmique compliqué d'une paralysie bulbo-spinale asthénique en voie de régression.

Polynévrite motrice ou poliomyélite antérieure subaiguë.

MM. Brissaud et Bauer présentent un enfant atteint de paralysie des extenseurs des pieds, reliquat d'une quadriplégie consécutive à une courte maladie et hésitent entre la polynévrite motrice et la poliomyélite antérieure aiguë. Les auteurs admettent dans ce cas une altération de l'ensemble des protoneurones moteurs correspondant aux muscles paralysés.

MM. Déjerine et Thomas discutent *sur le diagnostic de la poliomyélite antérieure*, sur la nature de la *main succulente*, sur *l'étiologie de la sclérose en plaques* à propos d'un malade syphilitique atteint de troubles bulbo-cérébelleux.

Hémorrhagie méningée.

M. Faure-Beaulieu présente les pièces d'un cas d'hémorrhagie méningée avec ictus, hémiplégie gauche fruste, coma progressif et chez lequel la ponction lombaire ne montra pas d'hématies.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du mardi 29 *novembre* 1904. — Présidence de M. Voisin.

Le traitement du mal de mer par la suggestion hypnotique.

M. Hamilton Osgood (de Boston). — De nombreux auteurs ont pu par des suggestions faites avant l'embarquement, immuniser contre le mal de mer. Quatre fois pendant un voyage d'Angleterre

en Amérique, j'ai, par suggestion, arrêté le mal de mer nettement déclaré. Non seulement les vomissements ont été immédiatement supprimés, mais encore l'appétit est revenu ; et les personnes que j'avais hypnotisées sont restées indemnes de toute nausée pendant le reste du voyage.

M. Berillon. — C'est évidemment pour les passagers une bonne fortune d'avoir à bord un médecin qui sache par l'hypnotisme inhiber le mal de mer ; cela se rencontre très rarement ; aussi les passagers qui sont sujets au vertige naupathique devraient-ils se faire suggestionner avant l'embarquement. Pour ma part, je suis souvent intervenu fort efficacement ; pendant le sommeil hypnotique je suscite chez le dormeur la représentation mentale de la traversée avec tous ses ennuis et je l'entraîne à n'en point souffrir.

M. Paul Farez. — J'ai décrit, sous le nom de vertige de la locomotion, l'ensemble des malaises identiques au mal de mer, à l'intensité près, et dont souffrent certaines personnes en chemin de fer, en omnibus, en tramway, en voiture, etc. De nombreuses fois, par suggestion hypnotique, j'ai immunisé des personnes qui y étaient sujettes. Une fois en chemin de fer, j'ai pu le juguler, séance tenante, chez un voyageur qui commençait à vomir.

M. Le Menant des Chenais. — J'avais hypnotisé une de mes malades, afin de l'immuniser contre son vertige de la locomotion et j'y étais parvenu. Aux vacances dernières, me trouvant avec elle sur un petit bateau, j'ai pu, par simple affirmation, arrêter chez elle le mal de mer dès le début des nausées.

Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la suggestion éthyl-méthylique.

M. Wiazemsky (de Saratow). — Une femme de 28 ans, secondipare, est enceinte de deux mois. Depuis près d'un mois, les vomissements se sont installés d'une manière incoercible ; aucune nourriture n'est gardée, les forces diminuent et l'état devient inquiétant. Toutes les médications ont échoué ; pour sauver la vie de cette malade, on propose l'avortement. Consulté à ce sujet, je tente la suggestion hypnotique ; celle-ci suspend les vomissements, mais pour quelques heures seulement. Grâce à la suggestion éthyl-méthylique, faite pendant l'hypocarnose, les vomissements sont radicalement supprimés, les aliments sont bien tolérés et la malade revient à la santé.

Action hypnogénique de la main.

M. Demonchy. — Pour favoriser la production du sommeil hypnotique, je présente la paume de la main légèrement fermée devant la région oculo-frontale aussi près que possible, sans qu'il y

ait toutefois contact. La chaleur propre de la main, jointe à la chaleur de la vapeur d'eau dégagée par la respiration du malade provoque une vaso-dilatation de laquelle résultent : l'appesantissement, la torpeur, puis la somnolence. J'ai recours à ce procédé pour combattre personnellement l'insomnie.

M. Berillon. — M. Bianchi et moi avons étudié, à l'aide de la phonendoscopie, les modifications de l'espace interhémisphérique sous l'influence du froid et du chaud. Les lobes frontaux s'éloignent sous l'influence du froid ; ils se rapprochent sous l'influence du chaud. Or, précisément pendant le sommeil, les lobes frontaux sont rapprochés au maximum, on comprend dès lors que la chaleur soit hypnogénique.

M. Raffegeau. — J'utilise, à mon établissement hydrothérapique du Vésinet, un appareil spécial qui me permet d'obtenir à volonté, immédiatement et pour une durée illimitée une chaleur quelconque, de 0 jusqu'à 100 degrés. Les applications chaudes m'aident puissamment à calmer nos malades et à leur procurer un bon sommeil.

M. Paul Farez. — Bien des gens se plaignent d'insomnie persistante due uniquement à ce fait qu'ils ont froid aux pieds en se couchant ; qu'on leur prescrive une boule chaude et l'insomnie disparaît. Même les insomnies qui ne reconnaissent point pour cause le froid sont heureusement combattues, soit par la chaleur directe, soit par l'hydrothérapie froide qui provoque consécutivement de la vaso-dilatation périphérique.

Inversement, on n'hypnotise pas un malade au moment où il a froid aux pieds ; c'est même en hiver, une précaution élémentaire de faire mettre une boule chaude sous les pieds du malade que l'on veut hypnotiser et de la lui laisser pendant toute la durée de son sommeil. (*A suivre*).

VARIA

Quinzième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Le XV[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Rennes, du 1[er] au 7 août, sous la présidence de M. le Docteur A. Giraud, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine Inférieure).

Les questions suivantes ont été choisies par le congrès de Pau pour faire l'objet de rapports et de discussions. 1° *Psychiâtrie.*

De l'hypochondrie. *Rapporteur* : M. le Dr Roy, de Paris. — 2° *Neurologie* : Des névrites ascendantes. *Rapporteur* : M. le Dr Sicard, de Paris. — 3° *Assistance* : Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. *Rapporteur* : M. le Dr Pailhas, d'Albi.

Une place importante est réservée aux *Communications originales* sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie, et aux présentations de malades, de pièces anatomiques et microscopiques.

L'Ecole de médecine et la Faculté des sciences de Rennes mettront à la disposition du Congrès un matériel et des locaux neufs et aménagés suivant les progrès les plus récents, et il sera des plus facile de donner des projections lumineuses. Les adhérents qui auront des communications à faire sont instamment priés d'en faire parvenir les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

Excursions. — Rennes, par sa situation à l'entrée de la Bretagne, à proximité des côtes de la Manche si animées et si recherchées pour les villégiatures et les séjours au bord de la mer, est un centre d'excursions fort pittoresques. Les organisateurs du Congrès préparent des excursions à travers la forêt de Paimpont (l'antique Brocéliande, séjour de l'enchanteur Merlin), à travers la forêt de Fougères, jusqu'au Mont-Saint-Michel, avec la visite de l'asile d'aliénés de Pontorson. Enfin une excursion sera dirigée sur Dinan, avec la visite de l'asile de Lehon. De là, les Congressistes suivront les rives de la Rance en bateau à vapeur et gagneront Saint-Malo. Il sera possible de visiter les environs de cette cité (Paramé, Rothéneuf, Cancale, Dinard, Saint-Lunaire, etc.) Enfin, après le Congrès, une excursion pourra être organisée pour gagner en bateau à vapeur et visiter les îles anglo-normandes (Jersey, Guernesey).

Les chemins de fer des grandes compagnies ou du département mettront, comme de coutume, probablement, des tarifs réduits à la disposition des Congressistes. Des démarches seront aussi faites auprès de MM. les hôteliers et restaurateurs pour obtenir des réductions de tarifs. Les adhérents aux Congrès seront avisés ultérieurement des avantages obtenus. Dans le but de faciliter aux organisateurs leur tâche auprès des Compagnies de chemins de fer, MM. les membres adhérents seront invités à faire connaître à l'avance l'itinéraire qu'ils comptent suivre pour se rendre à Rennes.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera publié dès qu'il sera possible et adressé à tous les membres du Congrès. Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent). Les asiles qui s'inscriront pour le Congrès figureront parmi les membres adhérents.

Les médecins de toutes nationalités peuvent assister à ce Congrès, mais il y a obligation à ne faire les communications ou discussions qu'en langue française. *Le prix de la cotisation est de* 20 *francs pour les membres adhérents, de* 10 *francs pour les membres associés.* Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports. Ils recevront après le Congrès le volume des comptes rendus. Adresser le plus tôt possible les adhésions, avec le montant des cotisations, à M. le Dr J. Sizaret, secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'asile public des aliénés de Rennes.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Drame de la folie. — Mlle Poiret, âgée de quarante-cinq ans, cuisinière, dans un accès d'aliénation mentale, a mis le feu dans sa chambre, rue Lafayette, en imbibant d'alcool son mobilier. Elle est grièvement brûlée. (*Journal* du 3 déc.).

La folie d'un père. — Le *Progrès de Lyon* raconte qu'un nommé Eynard a tué à coups de rasoir sa femme et son enfant, et qu'après avoir essayé en vain de se couper le cou, il s'est noyé dans son puits. *Eynard, depuis quelque temps, donnait des signes d'aliénation mentale,*

Si, contrairement aux préjugés régnant encore, on considérait la *folie* comme une *maladie ordinaire*, devant être soignée *dès le début* comme les autres maladies, et l'*asile* comme un hôpital, on n'aurait pas à enregistrer des faits aussi épouvantables que celui qui précède.

Le 11 janvier, à Liancourt, L. MARINIER, 39 ans, s'est suicidé en se tirant un coup de révolver à la tempe. La mort a été instantanée. « Il était en proie depuis quelque temps à des *idées noires* » (*Semeur de l'Oise*, 15 janvier.)

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvement de décembre.* — M. le Dr MARIE, médecin en chef de Villejuif, nommé à la classe exceptionnelle du cadre ; M. le Dr GUIARD, 6e du Concours de 1904, nommé médecin-adjoint à Châlons-sur-Marne ; M. le Dr TISSOT, 7e du Concours de 1904, nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord) ; M. le Dr MALFILATRE, directeur médecin à Saint-Lizier (Ariège), promu à la classe exceptionnelle ; M. le Dr CHEVALIER-LAVAURE, directeur médecin à l'asile d'Auch promu à la Ire classe du cadre ; M. le Dr NICOULAU, médecin en chef à Cadillac, promu

à la classe exceptionnelle ; M. le Dr CHARON, directeur médecin à Bury (Somme), promu à la 1re classe.

Distinctions honorifiques ; officiers de l'Instruction publique. — M. le Dr BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes ; M. le Dr DUPAIN, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse ; M. le Dr RAMADIER, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Rodez.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs BOITEUX et THIVET, médecins en chef de l'asile d'aliénés de Clermont ; M. le Dr SANTENOISE, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or).

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Par arrêté du Ministre de l'Intérieur, le docteur Antheaume, ancien chef de clinique de la Faculté, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés, médecin suppléant de la maison nationale de Charenton est nommé médecin titulaire de cet établissement, à dater du 1er janvier 1905, en remplacement du docteur Christian, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé médecin en chef honoraire.

VACANCES MÉDICALES.— *Avis.* Place d'*Interne* en médecine vacante à l'*Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire* (Nièvre). — Traitement : 800 fr. par an. — Avantages en nature : Nourriture, logement, chauffage, éclairage et blanchissage. Salle d'autopsie, bibliothèque dans l'asile. — Deux internes attachés au service médical. — Conditions : Etre Français et posséder au moins 12 inscriptions de doctorat. — Adresser les demandes au médecin en chef, directeur de l'asile.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr Jules VOISIN, commencé ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses le jeudi 12 janvier à 10 heures du matin, section Esquirol, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHOCREAUX (G.).— *Rapport médical, compte rendu moral et administratif pour 1903, sur l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire.* Imprimerie Mazeron, à Nevers.

DUPOUY (Roger). — *Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication.* 1 vol. In-8° de 268 pages. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères.

Vol. XIX Février 1905 N° 110

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

De l'excitation sexuelle dans les psychopathies anxieuses ;

PAR LE Dr A. CULLERRE
Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Parmi les symptômes physiques qui font cortège à l'attaque anxieuse, on a particulièrement signalé des troubles du côté de la circulation, de la respiration, de l'innervation vaso-motrice, des fonctions glandulaires (1). A ces diverses catégories de symptômes dont le détail, extrêmement touffu, est bien connu, il convient d'ajouter l'*excitation génitale*.

Divers auteurs ont récemment signalé l'existence de ce phénomène chez les simples névropathes anxieux. M. Pierre Janet constate que, dans les agitations émotionnelles diffuses des obsédés, l'angoisse amène les excitations génitales. Chez les uns, ces excitations sont en rapport avec les obsessions érotiques ; chez les autres elles se produisent en premier lieu « comme une sorte de dérivation de l'angoisse », les obsessions érotiques ne venant qu'à la suite (2).

M. Féré a récemment publié deux observations, l'une d'un neurasthénique âgé dont les crises d'anxiété diffuse se terminaient par de la congestion des organes génitaux, une érection très intense et un violent besoin sexuel ; l'autre d'une dame de cinquante-six ans qui, dans les

(1) S. FREUD. — *Obsessions et phobies* (*Revue neurologique* 1895).
(2) PIERRE JANET. — *Les obsessions et la Psychasthénie*. Paris 1903.

mêmes conditions était prise de désirs jusqu'à l'imminence de l'orgasme (1).

Ce phénomène n'est pas propre à la neurasthénie pure et simple. Il existe aussi dans un certain nombre de troubles psychopathiques accompagnés d'anxiété ou d'angoisse, bien qu'il paraisse n'avoir pas appelé l'attention de beaucoup d'observateurs, car il n'est pas ou est à peine signalé dans la plupart des traités consacrés aux maladies mentales. En ce qui me concerne, je l'ai observé depuis de nombreuses années et c'est aux anxieux que je faisais allusion quand, en 1890, j'écrivais que, dans la mélancolie « les fonctions sexuelles sont, en général, abolies, sauf chez quelques individus qui, en proie à une excitation génésique d'origine purement organique, se livrent avec fureur à la masturbation » (2).

Il faut toutefois faire observer que le terme de *mélancolie*, employé dans ce passage, ne l'est pas dans son acception étroite, nosologique, mais bien dans son sens séméiologique. Si, en effet, les syndromes psychopathiques assez variés au cours desquels j'ai observé l'excitation sexuelle étaient de couleur mélancolique, il est à remarquer que je ne l'ai jamais rencontrée dans la mélancolie de forme typique, ce qui n'a rien de bien surprenant si l'on veut bien se souvenir que les phénomènes de dépression et d'arrêt sont les caractères fondamentaux de cette affection mentale. Les faits que j'ai recueillis et que je vais exposer ici appartiennent aux groupes suivants : 1° Psychoses dépressives à base neurasthénique ; 2° Aliénés gémisseurs ; 3° Folie polymorphe des dégénérés.

1° *Psychoses dépressives à base neurasthénique.*

Obs. I. Hérédité ; âge critique ; neurasthénie ; intoxication alcoolique légère ; hallucinations et délire toxique passager ; crises de mentisme ; crises anxieuses avec thanatophobie ; crises cardiaques, respiratoires, boulimiques, pseudo-angineuses ; crises d'excitation génitale.

(1) Ch. Féré. — *L'excitation sexuelle dans l'angoisse.* (*Revue neurologique*, 15 novembre 1902).

(2) A. Cullerre. — *Traité pratique des maladies mentales.* Paris 1890.

F... femme B...., 50 ans, admise le 15 juillet 1882. Une sœur aliénée, une fille hystérique. Pas de maladies graves antérieures. Elle a exercé jusqu'en ces derniers temps la profession de sage-femme et était très occupée. La ménopause s'est établie il y a deux ans sans accidents apparents, mais des chagrins domestiques étant survenus, elle est tombée peu à peu dans un état de dépression nerveuse qui ayant été intempestivement traité par les toniques et les vins généreux, s'est rapidement aggravé. Elle est épuisée, abattue, sans énergie ; quelques signes d'intoxication alcoolique : langue rouge, fendillée, animée de quelques tremblements ; sommeil troublé de rêves et de cauchemars (visions de serpents, de cercueils, de tombes, chutes dans des précipices) vomissements muqueux le matin, à jeun. Pas de stigmates d'hystérie. Elle est dans un état habituel de dépression mélancolique avec des périodes de rêverie où elle perd la notion de ce qui l'entoure et manifeste une loquacité excessive parfois poussée jusqu'à l'incohérence, et des crises de saisissement et d'anxiété panophobique avec la peur unique de mourir. Troubles névropathiques protéiformes, surtout du cœur et de la respiration, étouffements ; crises de boulimie qu'il faut qu'elle satisfasse sur l'heure, principalement la nuit.

Depuis six mois, elle a aussi de véritables accès d'asthme revenant tous les quinze jours, environ ; la crise la prend la nuit et dure environ une heure ; elle est alors prise d'une dyspnée intense qui la force de s'arcbouter les bras pour prendre sa respiration.

De temps en temps aussi, elle a des crises de pseudo-angine de poitrine qu'elle décrit ainsi : son cœur devient froid comme de la glace, elle sent que la circulation faiblit et qu'elle va perdre connaissance. Parfois elle peut crier, appeler, d'autres fois elle tombe anéantie dans un état voisin de la syncope.

Enfin, un dernier phénomène est venu récemment s'ajouter aux précédents : elle est prise, parfois plusieurs fois par jour de spasmes accompagnés de gonflement du ventre avec douleur d'abord, *comme si elle allait accoucher*, puis d'une excitation génitale qui aboutit à un orgasme voluptueux complet. Durant son séjour à l'Asile, elle a éprouvé très fréquemment ce phénomène qui la désole et qui excite ses scrupules. Toutes ces modalités paroxystiques alternent, se succèdent ou se compliquent réciproquement, l'état mental sous-jacent étant caractérisé par un degré variable de dépression hypocondriaque avec crainte anxieuse d'une mort prochaine.

Elle est sortie améliorée au bout de deux mois.

Cette observation est intéressante par la multiplicité des phénomènes spasmodiques observés. Sur un fond de

neurasthénie exaspéré par une médication intempestive, se développe un véritable syndrome mélancolique anxieux avec thanatophobie et périodes de mentisme ou confusion mentale passagère en rapport avec les idées obsédantes de mort imminente. A l'anxiété diffuse et continue se substituent ou se superposent des accès de boulimie, de dyspnée paroxystique, de pseudo-angine de poitrine, et enfin d'excitation dans la sphère génitale de nature à la fois pénible et voluptueuse. Ce dernier phénomène a été assez tenace pour se reproduire jusqu'à six fois dans la même journée, d'après une des notes de l'observation dont nous n'avons fourni qu'un résumé.

Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que cette malade n'est pas seulement une psychasténique, mais une véritable vésanique avec crises délirantes et qui, non soignée, serait vraisemblablement passée au délire systématisé d'hypocondrie. L'excitation sexuelle ne paraît être, dans le cas actuel, qu'une dérivation de la crise anxieuse au même titre que les autres accidents névropathiques multiples observés chez cette malade.

Obs. II. — Prédisposition neuropathique ; quelques stigmates hystériques ; à la suite d'un ébranlement émotionnel, accès de confusion mentale passagère ; délire mélancolique avec crises anxieuses et impulsives d'un caractère dangereux ; crises d'excitation génitale.

B... femme G... 26 ans, admise le 24 mars 1882. Du côté de la mère on signale plusieurs individus instables et d'humeur excentrique ; celle-ci, morte jeune, avait dans sa jeunesse des attaques d'hystérie.

B... est surtout malade depuis cinq semaines, mais les premiers signes de trouble mental remontent à au moins six mois. C'est une femme qui, bien que d'aspect normal, a eu des convulsions dans son enfance, de la dysménorrhée au moment de la puberté et qui présente actuellement une analgésie cutanée généralisée sans stigmates hystériques sensoriels. Depuis trois mois les règles sont suspendues. Elle a éprouvé quelques chagrins domestiques et la mort prématurée d'un frère unique a achevé de bouleverser ses idées.

Elle présente depuis plusieurs semaines des troubles mentaux que l'on peut ranger sous deux chefs : 1° Idées fixes d'un caractère mélancolique avec crises anxieuses qui, lorsqu'elles ont atteint au paroxysme de l'excitation, se transforment en fureur avec impulsions au suicide et à la violence vis-à-vis de tout ce qui

l'entoure; 2° Accès de délire loquace pendant lesquels elle est isolée des choses présentes et complètement anesthésique (crises de mentisme ou confusion mentale passagère).

Nous n'avons eu à observer, pendant le séjour de deux mois que la malade a fait à l'Asile, que des crises de la première espèce. Tous les jours, plus rarement la nuit, puis tous les deux ou trois jours seulement, elle est prise d'une anxiété, d'abord modérée, avec idées tristes : « elle est perdue, il ne lui sera jamais pardonné, elle sera damnée ; elle est bien coupable envers son mari. » Elle a des scrupules de toute nature, n'aurait pas dû dire ce qu'elle a dit, a peur de trop dépenser, veut se confesser, etc. Peu à peu l'anxiété augmente, un tremblement généralisé secoue tout le corps, les traits expriment une angoisse extrême, puis la fureur, et alors elle crie, blasphème, jure, casse les vitres, jusqu'à ce qu'elle soit épuisée et baignée de sueur. A ce moment la crise cesse après avoir duré une demi-heure environ.

Dans l'intervalle des crises elle présente un état de dépression mélancolique avec idées de culpabilité, entrecoupé de moments lucides pendant lesquels elle apprécie exactement son état.

Dans un de ces moments, elle nous prend à part et nous confie qu' « *elle est très amoureuse* » ; que très souvent elle se sent des transports extraordinaires dans les organes sexuels, « qu'il lui faudrait de l'homme » suivant son expression ; et elle nous supplie de lui rendre son mari. Au bout de deux mois elle sort améliorée.

Cette malade n'est pas seulement une psychasthénique, c'est aussi une vésanique, comme l'indiquent les idées délirantes de culpabilité et de damnation constatées au cours de ses crises délirantes. A noter l'extrême intensité de ses paroxysmes anxieux qui aboutissent aux impulsions les plus violentes et les plus incoërcibles. Ici, les phénomènes d'excitation génitale ne nous sont révélés qu'avec réticence, et nous ne pouvons les caractériser nettement par rapport aux crises d'anxiété. Il semble bien, cependant, qu'ils en sont une substitution plutôt qu'une conséquence.

2° *Aliénés gémisseurs.* — Je ne contribuerai à l'étude de ce groupe que par deux observations, mais elles me paraissent suffisamment intéressantes pour n'avoir pas à le regretter. Cette forme d'aliénation est d'ailleurs peu commune, plus fréquente chez les femmes que chez les

hommes, et chez les premières, le phénomène que nous étudions peut y passer facilement inaperçu.

Obs. III. — Héréditaire dégénéré ; chagrins intimes ; aboulie ; mélancolie avec crises de confusion mentale panophobique ; anxiété continue et gémissements ; excitation génitale intense et prolongée.

D..., âgé de 30 ans, est admis le 10 août 1883. Son père et sa mère sont morts de maladies inconnues. Deux frères, dont l'un, l'aîné est « imbécile, un peu toqué » ; cousin germain paternel aliéné ; tante paternelle aliénée.

D... est un homme d'une taille au-dessous de la moyenne ; à la face osseuse et irrégulière ; strabisme convergent ; oreilles aplaties, sans hélix ; crâne tourmenté. Depuis trois mois environ, il présente des troubles intellectuels, d'abord légers, puis de plus en plus intenses causés par des préoccupations matrimoniales. Après de grandes incertitudes, il s'est décidé à se marier il y a sept semaines, mais cette résolution n'a pas apporté à son esprit le calme désiré. Peu à peu l'excitation cérébrale a pris des proportions de plus en plus fortes, et depuis huit jours il est en proie à un désespoir violent, à une mélancolie anxieuse des plus intenses, avec impulsions au suicide. Il s'est donné un coup de couteau dans la région du cœur et, n'ayant pas réussi à se blesser sérieusement,a tenté de se noyer en se jetant à l'eau. Crises panophobiques avec fureur contre tous ceux qui l'approchent ; il s'est jeté sur sa femme pour l'étrangler. Par moments, il a des périodes de calme avec demi-stupeur, se couche et gémit : « Je suis perdu ! j'ai commis un crime !... », etc.

11 *août*. — A son entrée, désespoir violent ; il pousse des cris qui retentissent dans tout le service. Ce matin il est plus calme ; il raconte que son désespoir vient de scrupules : il avait promis le mariage à une fille qu'il a délaissée pour épouser sa femme. Cependant il ne croit pas lui avoir fait tort. Mais il s'imagine avoir commis de grandes fautes : s'il eût fait telle ou telle chose, ses péchés lui eussent été remis. Le mal qu'il a, lui a été donné par des gens qui ont lu dans de mauvais livres et lui ont fait prendre certains breuvages. Dans la journée, les accès panophobiques le reprennent avec une grande violence.

13 *août*. — Hier, journée des plus agitées ; anxiété et cris de désespoir terribles. En même temps, il s'est livré avec fureur à la masturbation toute la journée et toute la nuit. Ce matin, il tient sa verge en érection dans sa main tout en gémissant.

17 *août*. — Il continue à se masturber sans trêve, le jour et la nuit tout en poussant des cris de désespoir. Accès panophobiques intermittents avec gémissements continus dans l'intervalle.

21 *août*. — Même état de mélancolie anxieuse aiguë ; amaigrissement progressif ; refus partiel d'aliments. Le malade continue à se masturber d'*une façon effective*.

6 *septembre*. — Il a crié toute la nuit : « Je suis perdu ! je suis mort ! « Abrutissement complet ; air égaré ; obtusion intellectuelle progressive ; il marmotte constamment des paroles incompréhensibles entrecoupées de gémissements. Masturbation.

10 *septembre*. — Il a crié toute la nuit : « Je suis perdu ! je suis perdu ! »

1er *décembre*. — Depuis le mois d'octobre, le malade est tombé dans une sorte de stupeur avec folie d'opposition. Il a cessé de se masturber. Débraillé, à moitié habillé, les traits figés dans une expression de souffrance et d'effarement. De temps en temps, il est gâteux.

Avril 1884. — La stupeur a de nouveau fait place à une phase gémisseuse. Abrutissement complet avec accès de gémissements et cris de désespoir qu'on entend de tout l'établissement.

Décembre. — Même état ; il déchire, est débraillé. Il a eu pendant plusieurs semaines d'abondants vomissements liquides ou alimentaires qui actuellement ont cessé.

Année 1885. — L'année se passe dans les mêmes conditions. Hurlements de désespoir par périodes. Débraillé, sale, déchireur, abruti quand il n'est pas agité. On ne signale plus la masturbation effrénée de l'année dernière.

1886, 18 *janvier*. — On est tout surpris de trouver aujourd'hui ce malade calme et l'air intelligent. Il s'approche et demande à travailler. « — Vous allez donc mieux ? — « Un peu ». — « Vous n'avez donc plus peur qu'on vous fasse mourir ? » — « Oh ! si ; encore parfois ». — « Et votre femme ? Y pensez-vous ? ». Il reste muet et comme embarrassé, puis réitère sa demande de travailler. Il ne tarde pas à retomber dans son état démentiel pour n'en plus sortir.

En *décembre* 1886, nous trouvons à son sujet l'observation suivante : Alternatives de calme et d'excitation maniaque avec impulsions violentes. Désordre des actes ; idées de persécution. Il se plaint qu'on ne lui donne pas à manger ; qu'on le maltraite, etc. Incohérence des idées qui conservent toujours une teinte mélancolique malgré l'agitation maniaque et le désordre instinctif des actes actuellement existants.

4 *novembre* 1900. — Frappé d'une attaque d apoplexie, il succombe en quelques heures sans avoir repris connaissance. L'autopsie n'a pas été faite.

Ce malade appartient à la catégorie des mélancoliques

gémisseurs de Morel (1). Sa crise d'excitation génitale, purement épisodique, coïncide avec le summun de l'agitation anxieuse. Chez certains aliénés de cette catégorie, on observe, dans les mêmes circonstances, la dyspnée, la tachycardie, les sueurs profuses et autres phénomènes paroxystiques. Ce même malade a eu, pendant plusieurs semaines, une crise de vomissements incoërcibles.

Il est à remarquer que chez les gémisseurs, ces accidents paroxystiques ont une durée inusitée, se prolongeant de plusieurs jours à plusieurs semaines. Le plus tenace de ces phénomènes est assurément la dyspnée qui peut durer des années et ne disparaître qu'en même temps que disparaissent les phénomènes mentaux eux-mêmes, car, contrairement à la règle, les gémisseurs fournissent un petit nombre de guérisons tardives. Morel cite un cas de guérison après dix ans de maladie. Le malade dont nous venons de donner l'observation a eu au bout de trois ans et demi, un intervalle lucide survenu à l'improviste, mais qui n'a duré que quelques jours.

Cette rencontre de phénomènes communs aux simples névropathes obsédés et aux panophobes anxieux n'a rien qui soit de nature à surprendre. Entre la psychose anxieuse et la névrose anxieuse, en effet, il n'y a qu'une différence de degré, non de nature. Le panophobe anxieux est un aboulique, un douteur, un scrupuleux, aussi bien que le simple obsédé neurasthénique ; seulement il occupe un degré inférieur dans l'échelle de la dégénérescence. Cette remarque n'a pas échappé à l'observation profonde de Morel. « Ces sortes de panophobes chroniques et pseudo-rémittents, dit-il, ont quelque analogie avec les névropathes que j'ai décrits sous le nom de délirants émotifs sans avoir néanmoins les tics ridicules de ces derniers qui n'osent toucher des pièces de monnaie, ouvrir une porte, traverser une rue et pour lesquels vouloir et pouvoir sont choses impossibles ». Ici, pourtant, Morel se trompe : il est possible que l'on n'ait pas constaté la crainte des contacts ou l'agoraphobie chez les gémisseurs, soit que ces symptômes n'existent pas chez eux en effet, soit plutôt qu'en raison de leur état mental on

(1) MOREL. — Du délire panophobique des aliénés gémisseurs. (*Ann. med. psych.*, novembre 1871).

ne puisse aisément les constater, mais on observe chez eux de nombreux phénomènes de même ordre, à commencer par l'aboulie dont leur angoisse n'est parfois, comme chez notre malade, que l'exagération poussée aux dernières limites, et à continuer par les mouvements stéréotypés de défense et les exclamations monotones de conjuration dont ils sont coutumiers et que Morel lui-même enregistre chez plusieurs de ses malades.

Et, à ce propos, ce n'est pas sans étonnement que nous avons lu, dans l'intéressant rapport de M. Deny au Congrès de Pau sur les démences vésaniques, que Morel donnait de ces phénomènes une interprétation fantaisiste, et qu'en réalité les phrases stéréotypées des gémisseurs *sont dépourvues de signification* et caractérisent un état démentiel. Une méconnaissance aussi flagrante du rôle des idées obsédantes et des phénomènes moteurs systématisés dans les syndromes vésaniques ne peut provenir que d'une sorte de monoïdéisme engendré par cette hypnotisante doctrine, d'après laquelle la démence est partout et absorbe toutes les psychoses dont l'autonomie disparaît dans son vaste sein (au fond duquel, aurait dit Voltaire, il y a un allemand) ; doctrine simpliste, assurément, mais d'une psychologie un peu superficielle et dont au surplus l'opportunisme paraît singulièrement contestable, alors qu'elle choisit pour dresser sa synthèse confuse et laborieuse en face de la paralysie générale, le moment où l'édifice de cette dernière s'écroule et où elle tend à reprendre une place modeste parmi les simples syndromes !

Obs. IV. — Antécédents névropathiques ; choc mental ; mélancolie, panophobie, confusion mentale, automatisme, anxiété continue avec excitation sexuelle.

M..., femme A..., 41 ans, est admise le 1er juin 1903. Le seul renseignement que nous ayons sur sa famille est que son père serait mort dans un accès de *fièvre chaude*. Elle-même a éprouvé à partir de 16 ans une dyspepsie tenace avec accidents neurasthéniques qui n'a cédé qu'au bout de plusieurs années. A 25 ans elle va à Paris comme cuisinière et y reste jusqu'à 36 ans, époque de son mariage. Elle conduit à bien une grossesse et allaite sans accidents. Habituellement bien portante et réglée régulièrement. Elle habite la campagne depuis son mariage.

Il y a quinze jours, elle éprouve un grand saisissement à la

suite d'une discussion avec une voisine ; ce souvenir l'obsède et l'inquiète ; elle tombe peu à peu dans une profonde apathie, avec tristesse, indifférence à ce qui l'entoure et refus d'aliments. Une semaine après, elle manifeste des idées mélancoliques, des scrupules, de l'agitation anxieuse et des impulsions au suicide : elle fuit la nuit dans le but de se noyer ; l'insomnie est complète, elle a dans les membres des agitations motrices continuelles. Puis elle se lamente, a peur de mourir ou de voir mourir son mari. L'agitation et l'angoisse deviennent incoërcibles et nécessitent son placement à l'Asile.

A l'entrée, on constate une anxiété panophobique et diffuse avec désorientation complète, traits figés dans l'expression de la terreur la plus profonde, gémissements, cris, mouvements automatiques de défense et de fuite.

Un mois après, l'agitation a diminué, mais l'état anxieux persiste, la malade émet quelques idées d'humilité, d'indignité et de craintes de la mort, la conscience continue à être profondément troublée : elle a contracté un tic consistant en des mouvements de flexion et d'extension des jambes et des pieds qui frottent continuellement ses draps dans un mouvement rythmique de pédale.

Le *20 juillet*, on remarque que la malade tient constamment ses mains sur ses parties génitales et qu'elle se livre à des frictions énergiques intra-vulvaires. Le regard est profondément obtus, les traits toujours anxieux, la bouche à demi-ouverte. Cette crise d'excitation génitale avec masturbation dure plusieurs jours et se renouvelle à plusieurs reprises dans les semaines suivantes.

En *novembre*, l'état confusionnel s'est encore accentué. Une angoisse diffuse purement organique persiste avec paroxysmes accompagnés de frictions énergiques et continues des parties génitales, même à travers les vêtements. Elle succombe le 26 décembre à une gastro-entérite aiguë d'origine grippale sans modification de l'état mental.

Si l'on néglige les phénomènes d'obtusion et de confusion mentale qui existent chez cette malade, elle se rapproche considérablement de la mélancolie des gémisseurs dont elle a l'anxiété intense et continue, l'attitude spéciale et les tics spasmodiques ; elle n'en diffère que par une altération plus profonde de la conscience personnelle et par des allures moins bruyantes. C'est un de ces cas de transition aussi communs, pourrait-on dire, que les cas purs qui répondent de point en point aux descriptions classiques. L'excitation sexuelle s'y présente d'abord sous une forme épisodique et intermittente, avec manœuvres onanistiques appropriées, puis il semble que le

geste provoqué par cette excitation particulière devienne peu à peu automatique et ne soit plus finalement que l'expression systématisée de l'angoisse diffuse sous l'empire de laquelle vit la malade. C'est encore un point de rapprochement de plus avec la mélancolie des gémisseurs où les gestes stéréotypés sont l'un des symptômes essentiels et constants.

3° *Folie polymorphe des dégénérés.* — C'est dans cette catégorie peut-être, qu'on trouverait le plus grand nombre de faits du genre de ceux que nous étudions ; l'excitation génitale y est fréquente, quoique, peut-être, plus éphémère. J'ai vu certaines psychoses dépressives à délire religieux et anxiété débuter par de véritables accès de satyriasis ; j'ai vu également un délire d'hypocondrie systématisé avec anxiété formidable, avoir pour phase prodromique une crise de nymphomanie. Mais dans la plupart de ces faits, le rapport des phénomènes anxieux et génitaux n'est pas toujours facile à mettre en lumière. C'est pourquoi nous nous bornerons aux observations suivantes, où il a pu être établi d'une façon indiscutable.

Obs. V. — Héréditaire dégénéré ; psychose systématisée de forme religieuse ; agitation maniaque ; stupeur, phénomènes catatoniques ; accès de rire spasmodiques ; puérilisme mental ; tentative de suicide ; crises anxieuses violentes accompagnées d'excitation génitale prolongée.

R... 26 ans, admis le 25 juin 1899. Le père et la mère, vivants, sont bien portants. La mère paraît un peu faible d'esprit. Un frère unique, âgé de 31 ans, est devenu aliéné depuis l'admission du malade. Garçon d'aspect normal, sans stigmates somatiques bien nets de dégénérescence, habituellement bien portant, non alcoolique. Il a toujours manifesté une religiosité exagérée et depuis sept ou huit mois on s'aperçoit qu'il a l'esprit troublé. Depuis quatre mois surtout, ces troubles n'ont fait qu'augmenter : il s'excite, a des mouvements désordonnés, chante, manifeste un délire religieux incohérent.

26 *juin*. — Excitation maniaque légère ; divagations religieuses incohérentes : « J'ai un signe de Dieu sur la langue... Ce sont des dorures... Je l'ai pris trop haut avec les hommes... Un homme qui tournait autour de ma maison m'a dit que j'avais un signe de Dieu et m'empêchait de sortir. J'ai vu saint Jean. C'est un homme habillé en chasseur... J'avais le droit d'aller en Paradis un jour,

mais, je ne l'ai plus... etc. » Alternatives de dépression mélancolique avec hallucinations terrifiantes ; ces crises sont de courte durée.

29 juin. — Délire religieux incohérent ; monologues ; chants ; mouvements désordonnés comme de faire l'exercice militaire. Troubles vaso-moteurs, surtout du côté des membres inférieurs.

20 juillet.— Etat stuporeux ; mutisme ; il reste immobile des journées entières, indifférent à tout se qui passe autour de lui. Persistance de la paralysie vaso-motrice, surtout aux membres inférieurs. L'examen des urines est négatif.

4 septembre 1899. — Habituellement abruti, le regard fixe, les traits figés. Accès de violence subite quand on veut l'obliger à faire ce qui ne lui plaît pas. Parle peu et seulement pour demander à s'en aller.

1900, 22 *mars.* — Persistance de l'état stuporeux. Le malade, maintenu au lit y demeure inerte, les yeux fermés, ne les ouvrant que pour manger : n'exprimant aucune idée et n'ayant plus de crises maniaques depuis plusieurs semaines. Etat général satisfaisant.

1901, 24 *décembre.*— Depuis la note précédente alternatives de stupidité et d'excitation maniaque par courtes crises, parfois quotidiennes : il a des accès de rires spasmodiques et prolongés, ou répète des heures entières les mêmes paroles, imite la voix d'un bébé qui jase en patois ; parfois il chante à tue-tête pour retomber ensuite dans son mutisme habituel. Un peu de bouffissure des traits avec légère infiltration des membres ; l'examen des urines est négatif.

1902, *avril.* — Le malade vient de faire une pleurésie double avec épanchements séreux abondants ayant nécessité trois ponctions successives. L'état général est devenu mauvais (tuberculose). Depuis, il est tombé dans une sorte de mélancolie profonde avec refus partiel d'aliments et idées de suicide. Il est perdu ; il dedemande qu'on le tue, qu'on lui arrache les yeux, qu'on lui coupe le cou. Il essaye de s'étrangler avec une ficelle et on le transporte au quartier de surveillance continue.

16 *août.* — Pendant la distribution des aliments, l'infirmier ayant eu la sottise de déposer son couteau sur le lit du malade pour le service, celui-ci s'en empare et soudain se tranche la gorge au niveau de l'espace thyro-hyoidien ; le larynx est béant dans la plaie, le pharynx est complètement ouvert ; les vaisseaux et les nerfs ne sont pas intéressés. On fait la trachéotomie, on passe par le nez une sonde œsophagienne à demeure et en deux mois le malade guérit radicalement de cet effrayant traumatisme, non sans avoir essayé à de nombreuses reprises d'arracher les pansements et de déchirer la plaie, l'état mélancolique persistant.

10 *décembre*. — L'état mental s'est modifié depuis quelques jours ; à la dépression succède, par crises, un état anxieux des plus violents : « Il faut lui couper le cou ; sa mère est morte ; il est perdu ; il faut l'immoler, le crucifier ; il est l'auteur de tout le mal qui se fait sur la terre. » En même temps se développe une grande excitation génitale ; tout en gémissant, il demande à grands cris qu'on lui amène des femmes et se livre à une masturbation continue.

25 *décembre*.—Pendant quinze jours cet état anxieux a persisté en même temps que l'excitation génitale ; il se livre nuit et jour à une masturbation le plus souvent d'ailleurs non suivie d'effet, en poussant des gémissements et des cris de désespoir. Par moments, il pratique une gymnastique qui consiste à projeter en avant le bassin, d'une façon rythmique, comme s'il se livrait au coït, jusqu'à ce que, à bout de forces et ruisselant de sueur, il retombe épuisé sur son lit. D'autres fois il exerce, avec ses deux poings réunis, des malaxations sur le bas-ventre et les parties génitales tout en manifestant des idées érotiques ou en proférant des paroles obscènes.

1er *février* 1902. — L'état anxieux ne s'est pas reproduit depuis la dernière note et en même temps la masturbation a cessé. Le malade est redevenu mélancolique avec obtusion mentale ; il fait des extravagances, gâte au lit, demande encore à ce qu'on le tue, manifeste des idées dépressives analogues à celles d'autrefois mais sans état anxieux.

Dans le courant de l'année 1903, il a manifesté de nouvelles crises délirantes tantôt de forme maniaque avec désordre des actes, malpropreté, gâtisme volontaire, tantôt de forme anxieuse avec gémissements, délire de culpabilité, idées de suicide. L'excitation génitale et les manœuvres effrénées de masturbation se sont reproduites avec intensité à diverses reprises, notamment dans la période qui a précédé la mort qui est survenue le 26 octobre par suite d'un œdème pulmonaire d'origine urémique.

Ce cas appartient à la psychose polymorphe des dégénérés. C'est un héréditaire à déséquilibration mentale originelle, caractérisée par des tendances mystico-religieuses aboutissant finalement à la folie confirmée. Celle-ci présente les modalités les plus disparates évoluant sur un fonds mélancolique nettement caractérisé. En l'espace de près de cinq ans, nous observons une phase de délire mystico-mélancolique avec excitation ; une phase de stupidité prolongée, des crises de rires spasmodiques, de puérilisme mental, suivant l'heureuse expression em-

ployée par M. E. Dupré ; une phase de mélancolie délirante avec impulsion irrésistible au suicide, et enfin des crises d'anxiété violente avec excitation génésique énorme, se répétant à diverses reprises et auxquelles une mort accidentelle vient seulement mettre un terme.

Ce parallélisme parfait de l'anxiété et de l'excitation libidineuse permet d'y voir quelque chose de plus qu'une simple coïncidence. D'autre part, les accès de rire spasmodiques constatés chez ce malade pendant une période assez longue me semblent appartenir au même mécanisme psychologique.

Obs. VI. — Héréditaire dégénérée ; choc mental ; puberté difficile ; psychose polymorphe de longue durée au cours de laquelle éclate de l'anxiété avec excitation sexuelle.

G... 19 ans, admise le 20 juin 1901 appartient à une famille de dégénérés. Le père paraît indemne, mais son frère est mort à 45 ans d'accidents cérébraux. La mère est névropathe. De leurs six enfants, l'un est mort épileptique, un autre de scrofule, une fille a eu des convulsions, la malade a eu elle-même des convulsions et présente des stigmates de dégérescence. A seize ans, à la vue d'un incendie, elle éprouve une violente émotion, d'où suppression menstruelle et première crise de trouble mental de peu de durée qui disparut sans laisser de traces. Toutefois la menstruation reste irrégulière et entraîne des accidents névropathiques avec dépression hypocondriaque. A 19 ans, ces troubles deviennent continus, l'affectivité s'altère, elle prend ses parents en aversion, devient irritable, manifeste par accès de l'excitation délirante qui finit par nécessiter son placement à l'Asile.

Depuis bientôt trois ans, cette fille présente des accidents mentaux d'un polymorphisme extrême : excitation maniaque avec désordre des actes, périodes de stupeur avec phénomènes catatoniques, crises délirantes à forme religieuse, crises mélancoliques avec délire d'indignité et de culpabilité et anxiété extrême accompagnées d'une véritable fureur de masturbation, le tout entrecoupé de quelques périodes lucides mais avec affaiblissement très évident du niveau mental. Actuellement on constate du délire de persécution à base de troubles de la sensibilité générale. L'affection semble évoluer vers la démence.

Ici encore l'excitation sexuelle coïncide exactement avec la crise anxieuse qui est elle-même purement épisodique et peu prolongée. A aucun autre moment le phénomène génital n'a été observé bien que la maladie dure depuis plusieurs années déjà.

Les psychoses dégénératives ont ceci de particulier que, quand elles ne se terminent pas prématurément par la démence, elles peuvent se manifester à tous les âges de la vie sous forme d'accès curables, plus ou moins espacés, laissant souvent de longs intervalles de santé psychique. C'est sous le bénéfice de cette notion clinique vainement niée aujourd'hui que nous donnons l'observation suivante, qui, malgré la démence terminale, rentre de toute évidence dans la folie polymorphe des dégénérés.

Obs. VII. — Hérédité vésanique ; déséquilibration mentale originelle ; deux accès antérieurs d'aliénation mentale ; troisième accès à 70 ans ; démence, excitatation maniaque, puis dépression mélancolique avec délire de négation ; crise anxieuse avec excitation sexuelle intense.

F... Jean, 70 ans, cultivateur, admis le 12 décembre 1882 ; marié, neuf enfants dont deux seulement sont vivants ; trois morts en bas âge, trois morts de phtisie et un mort pendant la guerre de 1870. Père aliéné.

Les premiers signes de folie se sont manifestés à l'âge de 20 ans, au moment du tirage au sort ; l'accès a été court et ne l'a pas empêché de faire son service militaire. Il a eu un second accès il y a vingt ans. D'un caractère défiant et timide, il aimait la solitude et ne se livrait à aucun excès.

L'accès actuel s'est développé il y a quelques semaines sans cause appréciable. Il a commencé par manifester de l'inquiétude, accusait ses voisins de lui dérober ses récoltes, puis s'exaltant peu à peu tomba dans une excitation maniaque qui se traduit actuellement par de l'agitation, de l'insomnie, des idées incohérentes de satisfaction et de persécution et des actes désordonnés. Le calme étant survenu au bout de quelques jours, on constate un notable affaiblissement intellectuel, la perte de la mémoire, en un mot les signes de la démence sénile ; des étourdissements, une démarche titubante, conséquence de l'athérome cérébral.

En *mars* 1883, une phase mélancolique survient avec délire d'hypocondrie : il est bouché, empoisonné, ne peut aller à la selle. On veut le perdre, on l'accuse pour le faire mourir. Parfois, il parle du paradis, gémit, voudrait être sauvé. Malgré cela il mange ses aliments avec une extrême voracité.

En *mai*, le délire se complique d'agitation anxieuse, il ne se lève plus, commence à refuser les aliments, maigrit, s'imagine qu'on veut le tuer, qu'on l'accuse d'avoir commis des crimes, pousse des gémissements et des cris d'angoisse. Soudain, le 22

mai il se met à se masturber avec une telle rage qu'on juge nécessaire de lui fixer les mains, mesure qui n'empêche pas l'érection de persister. Au milieu de ses divagations mélancoliques il appelle à grands cris « sa petite femme » ; veut embrasser tout le le monde, manifestes des idées érotiques de tout genre. Cette crise de satyriasis dure deux jours. Après quoi le délire anxieux persiste avec des alternatives de rémission et de recrudescence et peu à peu le malade tombe dans l'abrutissement et le gâtisme final. Ce fut la seule crise d'excitation génitale signalée. Le malade ne succomba que plusieurs années plus tard, en 1889.

Il est évident que ce cas n'appartient pas à la démence sénile pure et simple, mais rentre légitimement dans le cadre des vésanies ; l'excitation sexuelle, constatée au cours de l'observation, ne nous semble pas davantage se rattacher à un processus de congestion des centres nerveux d'origine vasculaire, comme dans les cas ordinaires de démence athéromateuse, où l'excitation génitale se montre si commune. Il s'agit, en réalité, d'un phénonomène épisodique d'une durée éphémère intimement lié à l'explosion de la crise anxieuse, relevant d'un mécanisme particulier.

Tels sont les plus intéressants des faits que j'ai observés. Bien qu'appartenant à des catégories cliniques différentes, ils ne sont pas sans avoir quelque chose de commun. Il y a d'abord l'association des deux symptômes, anxiété et excitation sexuelle. Cette dernière est un phénomène assez banal dans les maladies mentales ; on l'observe souvent dans la période d'invasion, non seulement des psychoses organiques mais des simples vésanies. Elle est fréquente dans le cours des folies systématisées où elle engendre tant et de si singulières idées délirantes, mais elle n'y joue que le rôle d'un symptôme accidentel et isolé tandis que dans les observations précédentes, elle fait partie d'un ensemble de phénomènes systématiques formant un syndrome à individualité propre.

Il y a encore la prédisposition. Tous ces malades sont des héréditaires, c'est-à-dire des individus dont le système nerveux est frappé d'une déséquilibration originelle et d'une émotivité maladive. Qu'un épuisement momen-

tané se produise ou que survienne un choc mental, et voilà les obsessions mobilisées et l'anxiété déclanchée. Selon que la tare du système nerveux sera légère ou grave, l'affection pourra avoir une évolution différente ; guérir chez les uns, passer chez les autres à l'état chronique, et chez les troisièmes évoluer plus ou moins rapidement vers la démence.

Enfin il y a encore le lien pathogénique. Il est vraisemblable, en effet, que cette association morbide, anxiété et excitation génitale, relève, quels que soient les cas cliniques où on l'observe, d'un mécanisme identique.

La théorie de Freud, qui fait de l'anxiété la conséquence d'une accumulation de la tension génésique, théorie d'ailleurs généralement combattue, ne saurait être invoquée dans l'espèce. Dans nos observations, en effet, l'excitation sexuelle se produit, non pas comme phénomène primitif susceptible de jouer le rôle d'agent causal, mais bien comme manifestation secondaire et subordonnée. Toujours l'anxiété a précédé l'excitation génitale.

L'expérimentation a démontré qu'il existe, dans le manteau cérébral, des centres des besoins et des appétits et en particulier des centres dévolus à l'activité des organes de la génération (1). Faut-il s'arrêter à cette explication que l'irritation corticale qui produit l'anxiété peut se propager à ces centres et les mettre en activité ? Mais l'anxiété est un phénomène psychologique dont le retentissement organique est l'angoisse ; l'excitation du centre cortical des fonctions sexuelles ne saurait avoir de retentissement organique que par l'intermédiaire d'un état psychologique, c'est à dire d'idées érotiques, ce qui paraît singulièrement paradoxal, à moins d'invoquer la possibilité d'idées subconscientes. Nous avons bien pu constater chez plusieurs de nos malades que l'excitation génitale engendrait des pensées érotiques mais nous n'avons à aucun moment remarqué quoi que ce soit qui permette de croire à l'existence du processus inverse. La panophobie de l'anxieux ne paraît d'ailleurs guère favorable à l'éclosion d'idées relatives aux fonctions sexuelles.

Au dessous de l'écorce cérébrale existent une série d'or-

(1) POUSSÈPE.— *Des centres cérébraux dirigeant l'érection du pénis et l'activité des testicules* (*Revue neurologique*, 29 février 1904).

ganes superposés, couches optiques, bulbe, moelle, dans lesquels existent des centres inférieurs dont l'activité peut être réveillée d'une façon automatique. Les couches optiques, en particulier, contiennent des noyaux qui président à la vaso-motricité, aux mouvements du cœur et de la respiration, aux sécrétions des glandes, à l'activité des organes génitaux (1). Nous avons vu précisément que, dans les états anxieux, toutes ces activités pouvaient momentanément être réveillées en dehors des stimulants ordinaires et d'une façon en quelque sorte incoërcible. Mais cet automatisme ne peut exister que par le défaut ou l'insuffisance des centres modérateurs du manteau cortical. Or, nous savons que les fonctions intellectuelles supérieures qui ont pour organe ce même manteau cortical, le jugement, le raisonnement, la conscience, diminuent d'intensité au fur et à mesure que l'émotivité augmente. « C'est une loi psychologique bien connue, dit M. Ribot, que le connaître et le sentir ne peuvent coexister avec une égale intensité, que l'état affectif ne peut grandir que si la représentation s'efface (2). » De même, c'est dans les phases les plus anxieuses des états mélancoliques que le contenu du délire est le plus pauvre, jusqu'à disparaître presque entièrement, comme chez les panophobes gémisseurs. M. Pierre Janet a bien montré que, chez les psychasthéniques, les agitations mentales, les rêveries, le délire en un mot sont non seulement indépendants de l'angoisse physique, mais qu'ils se développent en antagonisme avec elle. On peut donc en conclure qu'au paroxysme de l'anxiété, alors que les fonctions intellectuelles supérieures sont presque entièrement suspendues, l'action inhibitoire ou frénatrice des centres corticaux, soit par épuisement, soit par inertie, ne se fait plus suffisamment sentir sur les centres inférieurs et laisse ainsi le champ libre à leur activité automatique.

Je n'attache d'ailleurs aucune importance à ces essais d'explication. Ce que je tenais à montrer, c'est la coïncidence de deux phénomènes qui sembleraient devoir s'exclure et qui, signalés dans les états névropathiques, ne

(1) J. Soury. — *Le système nerveux central,* Paris 1899.

(2) Th. Ribot. — *La psychologie des sentiments,* 2e édition, Paris 1897.

l'avaient pas encore été explicitement dans les états psychopathiques.

RECUEIL DE FAITS

Réflexions sur un cas nouveau de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique.

Par les Drs S. GARNIER, Médecin en chef Directeur,
et A. SANTENOISE, Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Dijon.

Dans les conclusions d'une première note sur la paralysie générale conjugale, lue, il y a 14 ans, au congrès de médecine mentale de Rouen, notre distingué confrère, le docteur Cullerre, de l'Asile de la Roche-sur-Yon, qui a publié les premiers cas observés en France, déclarait « qu'en fait de paralysie générale à deux, la syphilis, tout en étant encore l'hypothèse la plus plausible, était loin de tout expliquer d'une manière satisfaisante ». Cette réserve se comprenait en face des trois cas rapportés par M. Cullerre. Et, en effet, dans le premier, la syphilis n'était pas, avec certitude, la cause déterminante de la paralysie générale des deux conjoints ; dans le second, on n'avait pas constaté, selon le premier médecin traitant, soit chez l'homme, soit chez la femme, d'accident antérieur de nature suspecte ; et enfin dans le troisième, la femme, primitivement infectée de syphilis ne devint paralytique qu'après que son mari eut déjà manifesté des symptômes de sclérose médullaire, mais sans troubles mentaux. En commentant son quatrième cas de paralysie générale conjugale, inséré dans les *Archives de neurologie* (1904, nº 98), M. Cullerre posa cette fois nettement la syphilis comme l'élément étiologique de la paralysie générale des deux conjoints de son observation, et il put dire : « Je considère ce nouvel exemple comme militant en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale ». Un nouveau cas de paralysie géné-

rale conjugale, que nous avons tout récemment observé, vient fournir très nettement la démonstration de l'origine syphilitique de la maladie, ainsi qu'on va le voir.

Marie B...., veuve G...., née à L...., le 4 décembre 1845, est entrée à l'Asile d'aliénés de Dijon le 4 mai 1904, atteinte de démence paralytique à la dernière période. La mère de cette femme, née Etiennette D...., a été traitée elle-même à l'établissement, du 15 février 1896 au 11 septembre 1897, et est sortie légèrement améliorée d'un accès aigu de folie sénile, avec idées de persécution et d'empoisonnement, mais elle est décédée peu de temps après. Le neveu de cette dernière, et par conséquent le cousin germain maternel de Marie B.... avait été lui aussi traité à l'établissement, du 4 septembre au 29 novembre 1902, date de son décès par suite d'attaques épileptiformes. Il était atteint de paralysie générale à forme expansive, avec les signes somatiques et psychiques habituels à cette maladie. Il avait contracté la syphilis au régiment, puisqu'à son dire il avait eu la couronne de Vénus (sic). Comme il était dans la 34e année de son âge lors de son entrée à l'asile, on pouvait faire remonter l'infection syphilitique à une douzaine d'années auparavant.

Du côté des antécédents personnels de Marie B..., antérieurs à son mariage avec G..., nous ne savons rien, sinon qu'après avoir mené une vie un peu irrégulière, elle s'était mariée le 28 janvier 1894, à l'âge de 49 ans. Elle avait épousé le nommé G...., âgé alors de 35 ans, puisqu'il était né le 6 septembre 1859. Celui-ci, après un an de cohabitation, vécut avec sa femme en mauvaise intelligence, aussi le divorce fut-il prononcé en 1896, aux torts du mari qui, en février 1902, fut interné lui-même à l'Asile d'aliénés. A ce moment, G... qui passait pour avoir habituellement fréquenté des filles de mauvaise vie, présentait indubitablement tous les signes d'une paralysie générale, avec excitation maniaque aiguë. Lorsqu'il fut questionné sur l'existence d'une syphilis dans ses antécédents, il déclara avoir eu la roséole (sic), de sorte que la vérole était tout à fait certaine. Il mourut 8 jours après son hospitalisation, par suite d'une congestion cérébrale. Cet individu était fils unique d'un père qui avait également été séquestré à l'établissement, à l'âge de 72 ans, du 12 février au 11 mars 1897, date de sa mort par ramollissement cérébral. C'était à son entrée un dément sénile, avec excitation maniaque intercurrente.

A partir du mariage que l'on sait, avec un homme de 14 ans moins âgé qu'elle, Marie B..., qui ne paraît pas avoir été jamais malade jusque-là (renseignements émanant d'un proche parent médecin), présenta, en août 1896, à son retour d'une saison à

Luxeuil, une éruption généralisée, sauf à la face et aux mains, ne s'accompagnant ni de démangeaisons, ni de douleurs, ce qui fit présumer déjà au parent qui l'observait, qu'il s'agissait d'une éruption syphilitique (roséole). L'année suivante, elle reçut les soins de M. le docteur P...., de Dijon, qui, en présence d'une nouvelle poussée cutanée, porta sans hésiter le diagnostic de syphilides papuleuses, et prescrivit aussitôt un traitement spécifique que la malade refusa toutefois de suivre, disant qu'on voulait l'empoisonner.

Le rapprochement de la date des premiers accidents avérés de syphilis (roséole de 1896), avec celle du mariage (28 janvier 1894), semble assez démonstratif d'une syphilis récente et acquise pendant le mariage. Il est, d'autre part, d'autant plus admissible que le mari a été l'agent primitif de contamination, que lui-même, de son propre aveu, avait été, comme on l'a vu, préalablement infecté, et il ne peut pas être douteux qu'étant donné un mari de 35 ans et une femme de 49 ans, ce n'est pas la femme qui a dû apporter la maladie dans la communauté.

A l'entrée de Marie B..., on constata chez elle les phénomènes suivants : embarras extrême de la parole, atrésie des pupilles, tremblement de la langue, difficulté de locomotion, affaiblissement considérable de la mémoire, inconscience du temps écoulé, tendance à se déshabiller constamment, du gâtisme. Peu après, on fut obligé de l'alimenter à la sonde, à cause de la paralysie du pharynx, et elle bredouillait d'une façon inintelligible. Bientôt on dut l'aliter, car elle ne pouvait se tenir assise dans un fauteuil, et elle vécut de la sorte moins d'un mois, étant morte le 1er juin, par suite de congestion cérébrale. L'autopsie ne put être pratiquée, en raison de l'opposition de la famille, opposition qui, d'ailleurs, s'était déjà produite pour les trois parents décédés antérieurement à l'asile.

L'observation ci-dessus nous a paru d'autant plus intéressante qu'elle est, au point de vue étiologique, plus complète que la plupart des observations de paralysie générale conjugale publiées, et permet de donner une solution déjà meilleure aux questions que soulève le fait de cette même maladie survenant successivement chez deux conjoints,

Tout d'abord, il ne peut pas être discutable qu'une double prédisposition avait, chez les époux G. B..., préparé le terrain à l'éclosion des accidents paralytiques, attendu que, du côté du mari, on trouvait son père, dément sénile, mort à l'asile de ramollissement cérébral,

et que, du côté de la femme, non seulement sa mère, quoique décédée à son domicile, avait versé de son côté dans la démence, mais encore un cousin germain maternel avait succombé dans notre établissement, par suite de paralysie générale confirmée. Ce dernier fait n'indique-t-il pas d'ailleurs, d'une façon déjà claire, chez les membres de cette famille, la tendance de leur cerveau à faire de la paralysie générale, parce que la syphilis était entrée en jeu ?

La marche de l'infection syphilitique, déjà mise en relief dans l'observation, mérite encore qu'on s'y arrête, en raison de ce que les accidents initiaux ont certainement débuté chez le mari. Et, en effet, G..., a été le premier infecté, puisqu'après son mariage avec Marie B...., celle-ci présentait des accidents secondaires dès 1896, c'est-à-dire 2 ans environ après. La différence chronologique dans la contamination originelle s'est d'ailleurs également retrouvée dans l'évolution morbide des accidents cérébraux, puisque le mari mourut paralytique un peu plus de deux ans avant que sa femme ne succombât par suite de la même affection. Chez les deux malades, on peut au moins approximativement, évaluer à une dizaine d'années l'intervalle qui a séparé l'accident syphilitique initial de l'apparition des symptômes mentaux. Rappelons ici, à cet égard, que chez le cousin paralytique de Marie B..., on vit les accidents de paralysie générale débuter une douzaine d'années après l'infection syphilitique.

Il y a en outre, dans ce fait d'une paralysie générale évoluant successivement chez deux époux, autre chose qu'une coïncidence fortuite, et la vulnérabilité particulière de leur système nerveux nous paraît d'autant plus admissible que la prédisposition était évidente chez tous les deux. Il semblerait même que l'aptitude de son cerveau à contracter la paralysie générale était, chez la femme, presque fatale. Néanmoins, cette prédisposition seule, toute intense qu'elle ait pu se révéler, n'aurait sans doute pas suffi à faire naître, en l'absence de syphilis, une paralysie générale chez Marie B..., car nous observons que son frère, dont nous ignorons il est vrai l'âge exact, mais qui est certainement voisin de celui de

sa sœur, n'a jusqu'à présent offert, dans sa mentalité, le moindre symptôme suspect ; et cependant ce frère, père de famille, entrepreneur ayant brassé des affaires, a dû avoir son système nerveux bien plus surmené que sa sœur qui a toujours eu une vie monotone, indemne de toute tension cérébrale.

Faut-il, pour expliquer cette paralysie générale chez nos deux époux, faire intervenir, à l'exemple de quelques auteurs (Morel-Lavallée, etc.) l'influence élective d'un virus syphilitique spécial ? Cette hypothèse, *à priori* admissible, ne paraît pas devoir être retenue ici, pas plus d'ailleurs qu'une similitude d'habitudes pour les excès vénériens (Ball), car rien ne vient confirmer ni infirmer la première hypothèse, et la seconde est d'autant plus à rejeter que les époux ont fort peu vécu ensemble.

Sans vouloir maintenant insister sur la richesse étiologique de notre observation, il nous sera cependant bien permis de faire observer que c'est une véritable bonne fortune d'avoir pu recueillir ainsi, dans le même asile public, l'histoire pathologique de deux conjoints paralytiques, de leurs ascendants et collatéraux, alors que les observations publiées jusqu'à ce jour manquent précisément, en général, de tels détails sur l'hérédité des sujets atteints de paralysie générale conjugale.

Ainsi que nous l'avons fait observer au début de ces lignes, c'est le D[r] Cullerre qui a, le premier en France, attiré l'attention sur les faits de paralysie générale conjugale, au congrès aliéniste de Rouen, en 1890. Mais déjà Ludwig Acker (All. Zeitschrift für Psych. 1887) et Mendel (All. Zeitschrift für Psych. 1888) avaient rapporté des observations de paralysie générale chez des conjoints infectés de syphilis. Depuis, les faits se sont multipliés, tant à l'étranger qu en France. Dans les thèses d'Evrard (Paris 1894), d'Ingelrans (Paris, 1897) et de Creté (Paris, 1899), se trouvent rapportées les observations connues et la bibliographie qui a trait à la question de la paralysie générale conjugale, dont le total des cas était, d'après Cullerre, (*Archives de Neurologie*, 1904, n° 98) d'une quarantaine environ. L'observation nouvelle que nous venons de rapporter ne peut qu'ajouter à cette moisson

de faits spéciaux, un cas particulièrement documenté au point de vue étiologique.

Epilepsie, délire alcoolique, mélancolie, tentative de suicide et paralysie générale chez le fils d'une mère alcoolisée, d'un père suicidé, lui-même étant syphilitique et alcoolique.

PAR LE Dr SIMON

(Asile clinique. Service de l'Admission.)

Un des faits les plus propres à montrer que les études cliniques ne sont pas restées en psychiatrie plus stériles que dans les autres parties de la médecine, nous paraît être la possibilité de reconnaître, chez un même malade, la coexistence de plusieurs affections mentales différentes et de préciser ce qui revient à chacune d'elles des divers symptômes morbides, tant sont en effet nettement déterminés les signes qui leur sont propres. Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs que les aliénistes appellent l'attention sur des combinaisons de ce genre et la façon de les analyser. M. Magnan en particulier a montré le haut intérêt de ces faits, et toute une leçon de sa 2e série des « Centres nerveux » est consacrée aux multiples variétés que la pratique courante fait rencontrer. L'observation que nous rapportons ici est du même ordre.

Ch. R.... est un homme de 43 ans, encore solide, assez vigoureusement bâti. C'est le fils d'une blanchiseuse, morte paralysée à 60 ans qui aurait eu des habitudes de boisson assez prononcées ; — et d'un père qui s'est pendu au moment de la Commune par peur d'être fusillé. Ch. R...., avait 3 frères : deux sont morts : l'un, d'une tumeur dans la gorge (?), l'autre tuberculeux ; le troisième enfin, l'aîné de tous, est actuellement âgé de 46 ans ; il a toujours été de caractère emporté, mais il n'a jamais présenté d'accidents nerveux, ni de troubles mentaux proprement dits.

Nous manquons de renseignements précis sur l'enfance même de notre malade. Nous avons pu savoir cependant qu'il n'avait

jamais eu beaucoup d'instruction ; il n'a jamais su très bien lire ; il sait tout juste tracer son nom ; mais ce défaut paraît en réalité tenir moins à une incapacité de sa part qu'aux conditions mêmes dans lesquelles il fut élevé : il n'est allé à l'école d'ailleurs que jusqu'à 9 ans. Et dans son métier au contraire — il était orfèvre — il était considéré comme un des ouvriers les plus adroits, recherché par les meilleures maisons, il était arrivé aux plus hautes payes.

Dès l'âge de 15 ans apparaissaient cependant déjà chez lui des troubles nerveux qui, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir se présentaient de la façon suivante : c'étaient des crises qu'il sentait venir à du tremblement ; il pâlissait alors et tombait ; il se blessait partois et se débattait, grinçant des dents, faisant de grands mouvements, devant être maintenu par plusieurs personnes. Quelquefois ces crises s'accompagnaient de morsure de la langue ; plus rarement d'incontinence d'urine. Le malade en aurait toujours ignoré le contenu. De 15 à 25 ans elles étaient fréquentes au point que « tout le monde » savait qu'il tombait ainsi. Mais par la suite (vers 30 ans) elles auraient cessé à peu près complètement : son fils se les rappelle à peine ; — et depuis le malade n'en aurait présenté qu'une dizaine. En même temps qu'ils devenaient plus rares, ces accidents auraient aussi changé de caractère : dans ces dernières crises les grands mouvements avaient cessé, le malade avait seulement des contractures des mains et ses yeux étaient convulsés.

Nous devons également relever vers cette époque — entre 20 et 21 ans, si nous en croyons le malade, qui ne nous fournit pas de date bien précise, — un chancre de nature syphilitique. Ch. R. a en effet été soigné pour lui à l'hôpital du Midi par des frictions à l'onguent gris ; et plus tard se sont développées des plaques muqueuses, ont éclaté des céphalées, qu'un traitement ioduré a fait disparaître. — Sauf un fils bien portant, de 23 ans, qui lui reste, Ch. R. a eu d'ailleurs d'un mariage contracté l'année consécutive à cette infection, quatre autres enfants tous morts en bas-âge, et sa femme a fait en outre une fausse couche ; — mais peut-être, il est vrai, faut-il tenir compte, pour l'interprétation de ces faits qu'elle-même mourut assez jeune de tuberculose pulmonaire.

Le malade avait d'autre part déjà à cette époque des habitudes d'intempérance, abusait surtout du vin, et les jours de fête « se grisait » dit-il « de tout ce qui se présentait ».

C'est sous l'influence de libations de ce genre que se manifesta pour la première fois avec évidence chez lui, la tendance au suicide que nous retrouverons plus tard. Il y a 8 ans à peu près, il se promenait avec un ménage, il avait bu, l'ami avec qui il était parut lui reprocher de faire la cour à sa femme : c'était à la

gare de Courcelles ; brusquement il s'élança pour se précipiter sous le train qui arrivait, il fut heurté par une portière et projeté : outre une plaie à la tête, lésions internes, hématurie, trois semaines de lit.

Il se remariait deux ans après environ ; et depuis — car sa famille rattache naturellement tous ses troubles ultérieurs à ce traumatisme cranien — on lui connaît des idées de jalousie et de persécution, accompagnées de colères violentes. Il disait que sa femme le trompait avec n'importe qui et il l'accablait de grossièretés. Il portait constamment un revolver sur lui, ayant toujours présente l'idée de la trouver avec quelqu'un et de leur faire leur affaire à tous deux. Il remarquait les allées et venues de personnages imaginaires qu'il épiait dans l'escalier. Il tirait des coups de revolver par la cheminée. Il croyait qu'on lui riait au nez. Il avait, disait-il, rencontré sa femme avec tel ou tel. Il perdait souvent toute une journée de travail à rester sous une fenêtre à la guetter. Devant ses menaces, sa femme, qui se conduisait bien, a dû plusieurs fois se sauver chez sa mère et finalement a pris le parti de le quitter. Il y a 6 ans qu'on ne sait plus où elle est.

Après ce départ, ses idées et ses interprétations délirantes n'ont pas cessé. Il ne pensait d'abord qu'à se venger d'elle. Il voyait toujours les frères de celle-ci qui le poursuivaient en bande pour lui faire un mauvais parti. Toujours des raisons aussi à ce sujet dans les ateliers où il travaillait. Toujours croyait-il quelqu'un qui lui en voulait. Et entre temps, il ne parlait que d'en finir. Depuis dix ans, il était toujours sombre, en proie continuellement à des idées noires. Il y a 4 ans encore on l'a retenu quand il allait se jeter par la fenêtre.

Depuis 3 ans, la veuve d'un de ses parents a partagé son existence. Ç'a été avec elle de nouvelles idées de persécution, de nouvelles scènes de jalousie et de violence. Il prétendait qu'un complot était dirigé contre lui, auquel cette femme était associée pour le voler. Il croyait parfois entendre des bruits de baiser. Il la frappait, puis implorait son pardon en pleurant. Et constamment des idées de suicide revenaient dans sa conversation ; « toutes les heures », dit celle-ci. Il parlait sans cesse de tuer sa maîtresse, puis de se tuer après. Celle-ci a dû le quitter à son tour il y a un an.

Mais déjà commençaient à se montrer d'autres phénomènes morbides. Il y a 8 ans, il n'avait fait encore, comme orfèvre, que trois maisons seulement. Après le départ de sa seconde femme, il était resté assez longtemps sans travail. Puis, sous l'influence de ses idées de persécution ses places devinrent plus instables, il changeait plus souvent. Cependant son travail lui-même n'en souffrait pas, restait aussi bien fait que par le passé et ses jour-

nées étaient autant payées. On répugnait à l'employer parce que par intervalles ses à-coups subits de violence effrayaient. Mais on s'y décidait cependant, parce qu'il restait malgré tout un des meilleurs ouvriers de sa partie.

Depuis un an, un an et demi à peu près au contraire, c'est une baisse progressive de ses facultés. Son travail est de plus en plus imparfait, et l'on a comme la courbe de cette décadence dans ses prix de journée qui diminuent : de 12 il tombe à 10, puis au-dessous encore, n'arrivant plus à gagner que trois francs par jour. Et l'on ne lui confie plus le même ouvrage qu'autrefois, on ne lui donne pas les œuvres délicates, ses mains et son attention en seraient désormais incapables, il est maladroit, il ne peut plus faire de travail fin, ni fixer longtemps le même objet, il s'énerve facilement, on ne lui donne plus que les besognes les plus grossières, celles qui demandent le moins de soin. Depuis quelques semaines enfin tout travail lui était devenu impossible. Peu instruit déjà, il devient incapable de comprendre ce qu'il lit. Sa mémoire également baisse et s'égare : il oublie quelquefois jusqu'au nom du patron qui l'emploie, et il part de chez lui pour aller travailler à 9 h. du soir. Il perd de l'argent. Dans ses périodes de calme, où sa tristesse habituelle cède, un sourire niais apparaît sur ses lèvres, qu'on ne lui connaissait pas. Enfin depuis un an sa parole s'embarrasse et devient maintenant par instants presque insaisissible.

C'est dans cet état, après cette histoire morbide déjà si longue, qu'il arrive à l'asile. On trouve nettement chez lui à l'examen trois groupes différents de symptômes.

Il ne témoigne plus que d'une activité intellectuelle restreinte. Son orientation est défectueuse. Il ignore l'époque de l'année où nous sommes et celle-ci, répond sans hésitation à ce sujet « mars 1883 » ou une autre fois « 1884 » et en étant alors incapable de dire le mois. Sa mémoire ne lui permet pas de fournir un récit exact de sa vie antérieure. Il n'est que vaguement conscient de sa situation, se rend peu compte du changement qui s'est opéré en lui. Il sait cependant qu'il ne peut plus travailler et accuse même quelque découragement. Mais peu après son visage s'éclaire passagèrement d'une satisfaction caractéristique. On est frappé d'autre part d'une hésitation de la parole constante, que les mots d'épreuve exagèrent, mais notable déjà au cours de la conversation. Les pupilles sont déformées et inégales, la pupille gauche plus grande ; les réactions lumineuses sont très faibles et très lentes. Relevons enfin une exagération des réflexes rotuliens.

A côté de ces troubles, le malade accuse d'autre part des peurs nocturnes, des cauchemars, « de mauvaises choses » ; il croit tomber dans des précipices ; il entend des fusillades, il se voit blessé. Il se réveille en sursaut, couvert de sueur. Il a des cram-

pes dans les membres inférieurs, des étourdissements fréquents. Ses mains étendues présentent un tremblement rapide à petites oscillations verticales.

Enfin, à côté de tout cela surnagent encore des idées délirantes, un fond mélancolique de tristesse, de découragement, d'impuissance, avec surtout tendance constante au suicide puisque Ch. R. a encore tenté tout récemment à se brûler la cervelle. Plusieurs fois d'ailleurs il exprime ce même désir devant nous. Les idées de persécution persistent également, bien qu'actuellement confuses. Elles ont provoqué son internement : lui-même s'est rendu auprès d'un agent, demandant protection contre des personnages qui, disait-il, voulaient l'empoisonner. Elles se manifestent encore par des réflexions comme celles-ci : « Il ne me manque que votre confiance. On a l'air de dire que je suis exigeant pour la nourriture. »

Comment donc comprendre cet ensemble de troubles morbides. La manière même dont nous les avons exposés, pour plus de clarté, le montre déjà. Cet affaiblissement global de toutes les facultés, qui domine actuellement la scène, qui s'est établi lentement, progressivement, au point que le début en remonte à un an déjà, sinon plus ; et les signes physiques qui l'accompagnent, embarras de la parole et troubles pupillaires, indiquent suffisamment que nous avons à faire à une paralysie générale en pleine évolution. Les troubles sensoriels pénibles que nous observons la nuit chez notre malade, et le tremblement des mains qu'il présente, témoignent d'autre part des habitudes alcooliques que lui-même d'ailleurs avoue. Sa dépression, ses conceptions délirantes tristes, son penchant toujours présent au suicide ne sont qu'une expression de la prédisposition aux troubles mentaux que le récit de son existence nous montre qu'il a toujours présentée, et traduisent le terrain de déséquilibration dont il a hérité.

Nous voyons donc qu'il existe chez Ch. R.., une coexistence et une association de trois états pathologiques différents : un fond constitutionnel, que l'alcoolisme de la mère n'est pas seul à expliquer, qui s'est manifesté autrefois par de l'épilepsie, puis des idées de persécution, mais qui affectaient le plus souvent la forme mélancolique, avec réaction et suicide, dont le malade héritait directement de son père ; des accidents alcooliques, éga-

lement d'origine ancienne ; et enfin, sur cette double base, vésanique et d'intoxication, s'est développée plus récemment, à la faveur de l'infection syphilitique dont notre malade a été victime dans sa jeunesse, une troisième affection, la paralysie générale, de date plus récente, mais qui dès maintenant commence à prendre une importance prédominante.

Et ce n'est pas là un tableau schématique. Sans doute la subdivision des phénomènes est moins nette au premier abord que nous l'avons présenté. Mais c'est qu'il y a naturellement, et selon la règle commune à tous les cas de ce genre, une influence réciproque des actions morbides qui s'exercent ainsi simultanément chez le même individu. Dans notre cas, en particulier, il est assez aisé de relever des phénomènes de ce genre. Ainsi, c'est à la faveur d'un appoint alcoolique que le malade a manifesté pour la première fois nettement cette tendance au suicide dont il apportait le germe en naissant et qui s'est reproduite tant de fois chez lui. Puis, de même qu'ils viennent probablement de hâter son placement, ses excès alcooliques ont certainement été aussi pour beaucoup dans les exacerbations de ses idées délirantes de persécution et de jalousie, et même dans la forme de celles-ci. Les manifestations vésaniques ont été modifiées par l'alcoolisme, selon les règles habituelles à l'intoxication par l'alcool, agent d'éclosion, d'entretien et d'aggravation.

Mais à son tour, l'affaiblissement intellectuel dont s'accompagne la paralysie générale, est venu les marquer de son empreinte. Elles n'ont pas seulement perdu de leur activité d'autrefois, mais tandis qu'elles présentaient antérieurement une tenue logique qui portait la conviction, malgré leur fausseté, dans l'esprit des personnes à qui le malade les confiait, elles ne se bornent plus depuis quelque temps, nous dit son frère, qu'à des répétitions et presque à des radotages. Ce retentissement des troubles morbides les uns sur les autres n'est cependant pas, comme nous l'avons vu, suffisant pour en empêcher l'analyse, et il est relativement aisé d'attribuer à chaque cause pathogène : hérédité, intoxication, syphilis, qui ont successivement intervenu, les différents désordres dont elles sont responsables.

Au reste, l'évolution même se charge de préciser encore cette dissociation, cette indépendance. Si ces divers symptômes se présentent pêle-mêle dans l'histoire et à l'entrée même du malade, chevauchant les uns sur les autres, c'est qu'aussi bien nous le voyons à une époque où les trois ordres de causes dont nous avons parlé sont également agissantes. Mais le régime d'abstinence de l'asile atténue vite les accidents alcooliques ; les nuits deviennent rapidement plus calmes, ne sont plus troublées par les hallucinations pénibles habituelles. Cependant, le fond mélancolique, le premier en date, persiste et apparaît par intervalles : « Ça ne va pas... j'aime mieux en finir avec la vie... tuez-moi donc tout de suite... Est-il besoin de dire que l'affaiblissement intellectuel, que les troubles de la parole et pupillaires restent les mêmes que les premiers jours ?

Ainsi, troubles délirants avec idées répétées de suicide liés à un terrain de déséquilibration mentale d'origine héréditaire, accidents alcooliques, paralysie générale à laquelle la syphilis n'est sans doute pas étrangère, coexistent chez notre malade, et s'y laissent assez aisément distinguer, reconnaissant tout à la fois une pathogénie des caractères, une évolution et par suite, un pronostic particuliers. Des faits de ce genre sont fréquents dans la pratique psychiatrique, mais on ne saurait trop y revenir et insister sur leur importance, car leur connaissance jette la lumière la plus vive sur ces tout complexes que sont les malades et est indispensable pour les comprendre.

ASILES D'ALIÉNÉS

Personnel médical des Asiles d'Aliénés.

PAR LE Dr E. COULONJOU.

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine,
Médecin-adjoint des Asiles publics.

Les médecins d'asiles recevaient, il y a quelques jours une circulaire de M. Bourneville, dans laquelle ils étaient

priés de fournir certains renseignements sur la population, les mouvements, les personnels médical et secondaire, la situation des enfants idiots et épileptiques, de leur établissement. Notre éminent maître, toujours obstinément soucieux de l'amélioration du sort des aliénés et aussi de ceux qui les soignent, ajoutait que « chargé par M. le Ministre de l'Intérieur, pour le Conseil supérieur de l'Assistance publique, d'un rapport sur le personnel médical des Asiles », il désirait surtout qu'on lui fît savoir : 1° si ce personnel est suffisant ou non ; 2° dans quelles proportions il conviendrait de l'augmenter ; 3° quelles modifications seraient à apporter dans le recrutement des internes.

J'ai d'abord cru que c'était par erreur qu'un exemplaire de cette circulaire m'était adressé ; je ne suis, en effet, qu'*adjoint*, et nul n'ignore que l'usage veut, après les règlements, que les médecins-adjoints des Asiles ne soient jamais consultés sur les affaires de leur profession ; ils sont toujours des apprentis spéciaux, sans fonctions déterminées, comme sans droits ; l'adjuvat ressemble à une sorte de stage toléré par les chefs, parfois subi ; il n'y a jamais lieu de demander un avis à des fonctionnaires sans rôle. Mais l'arrivée de cette circulaire n'est pas accidentelle ; Bourneville a voulu déroger à la règle et consulter aussi les adjoints. Nous serons extrêmement sensibles à ce procédé nouveau, et je crois pouvoir affirmer à l'avance que le savant rapporteur trouvera dans le bloc des réponses, des indications précieuses.

Un premier fait ne manquera pas de le frapper ; c'est que, dans les réponses à sa première question, les avis ne seront pas unanimes. Il se trouvera des médecins d'asiles publics qui écriront : « Oui, le personnel médical est suffisant dans les Asiles. » Et cela leur évitera la peine de formuler d'autres réponses aux deux questions suivantes.

Le Ministre qui a bien voulu s'intéresser enfin à l'anormale organisation médicale des Asiles d'aliénés, sera nécessairement informé que l'état actuel n'est point si défectueux qu'on veut bien le dire, puisqu'un certain nombre de médecins estiment que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes. Alors, que voulez-vous ? Il

adviendra, de ce nouvel essai de justes et urgentes revendications, ce qu'il advient de toutes les réclamations de collectivités qui ne sont pas unanimes. On décrètera l'utilité d'élaborer et d'étudier un projet... Peut-être nommera-t-on une Commission ? Nous savons ce que cela veut dire.

La seconde constatation que pourra faire Bourneville, sera que la plupart des réponses des directeurs-médecins ne parleront en aucune façon de l'utilisation possible des médecins-adjoints actuels. Or, si les profanes, lorsqu'ils entendent dire que tel Asile occupe un directeur-médecin et un adjoint, par exemple, croient que cela fait deux médecins, nous savons bien, nous, que cela fait, pour les malades, un seul médecin ; nous le démontrerons plus loin une fois de plus. Eh bien ! Quoique les aliénistes les plus autorisés persistent à réclamer depuis longtemps un plus grand nombre de médecins, tout en attribuant un rôle actif aux adjoints actuels, il se trouve que certains directeurs-médecins estiment qu'il y a un nombre suffisant d'aliénistes dans les asiles, tout en persistant à refuser un rôle quelconque aux adjoints.

Grâce à ces dissidences graves sur le principe même de la question, principe que tout le monde pouvait croire depuis longtemps indiscutable, le rapporteur se trouvera, après l'enquête, en présence de contradictions essentielles : Tel médecin en chef, non directeur, n'ayant donc aucune besogne administrative, quoique secondé par un adjoint et deux internes pour 600 malades, trouvera le personnel insuffisant ; tel directeur-médecin, surchargé de travail de bureau, ayant à soigner avec un adjoint sans fonctions et un seul interne, 800 ou 900 malades, estimera qu'il peut suffire à tout. Je sais bien que, dans l'espèce, l'opinion de M. Bourneville est faite, et que l'opinion d'un homme tel que lui a plus de valeur à elle seule que celles, réunies, de tous les retardataires des Asiles ; tout de même, je crains fort que les réformes attendues n'aient à subir de longs retards du fait de ces divergences de vues, auxquelles nous ne nous attendions pas. Il nous paraissait si bien démontré que les aliénés étaient les hospitalisés les moins favorisés au point de vue du personnel médical ! et d'autre part, nous étions si

convaincus que le concours des asiles nous donnerait le droit de faire de la clinique mentale !

Sans doute, je paraîtrai quelque peu frondeur, peut-être même très audacieux, d'avoir écrit ceci. Il règne encore, dans certains de nos Asiles, un esprit de hiérarchie toute militaire, acquis évidemment par l'habitude ancienne de traiter les aliénés en bloc avec la discipline, esprit qui nous dénie, à nous les jeunes, les apprentis, tout droit de mettre le nez dans les affaires. J'entendais dire, tout récemment, à un frais promu directeur-médecin : « Franchement, je ne sais plus dans quel siècle nous vivons ! Les adjoints d'aujourd'hui veulent être les maîtres ; croyez-vous qu'ils demandent un service ! pourquoi pas une direction tout de suite ? Est-ce que nous n'avons pas attendu, nous autres, 8 ou 10 ans ? » On voit donc que je ne puis trop élever la voix; supposez que je tombe un jour sous la coupe d'un chef aussi bienveillant ! Nos aînés sont passés par là, que n'y passons-nous aussi !

Mais, tout en affirmant mon respect absolu de la hiérarchie, mes sentiments de très haute déférence envers mes chefs, je ne crois blesser personne en rappelant quelques-unes de nos revendications ; et l'enquête que fait en ce moment M. Bourneville, étant donné ce que je sais devoir contenir certaines réponses, m'incite à signaler ce que nous pensons tous d'une organisation hospitalière qui ne répond plus du tout aux idées, aux desiderata du jour.

Une question se pose avant tout : Veut-on, oui ou non, élever résolument les aliénés à la dignité de *malades* ? De la réponse dépend toute l'organisation des Asiles. Si c'est : Non ! que l'on démolisse bien vite tous les établissements actuels, qui ont trop de tendances à devenir des hôpitaux, et que l'on revienne aux prisons de force d'avant Pinel. Si c'est : Oui ! la conclusion s'impose : à des malades il faut des médecins ; fournissez des médecins ! Or, nous nageons aujourd'hui, et depuis 1838 tout au moins, dans un juste et déplorable milieu. Dans l'opinion publique, dans celle même des intellectuels les plus avisés, mais étrangers aux asiles, depuis longtemps les aliénés sont des malades et l'on croit qu'ils sont *soignés*. Combien de gens éminents et combien d'esprits simples mais justes

n'étonnerait-on pas, si on disait : Ces aliénés, ces malades, sont enfermés dans 54 asiles publics ; ils sont au nombre de 50.000 environ ; ils ont pour leur donner des soins, 70 médecins ; cela fait que chaque médecin doit soigner, en moyenne, à lui seul : 50.000 : 70 = 715 malades ! Peut-on espérer faire croire à quelqu'un, fût-il étranger à la médecine, qu'un seul homme peut soigner tous les jours et 2 fois par jour, 715 malades ? Et quand je dis : *soigner*, il ne faut pas oublier que la plupart des médecins d'Asiles doivent non seulement traiter leurs aliénés, les formes mentales, les maladies incidentes, les affections chirurgicales, les épidémies, etc., mais encore les *administrer*, les faire manger, les vêtir, les chauffer, etc., et, de ce fait, équilibrer un budget annuel de 300 à 400.000 francs. La vie quotidienne, diurne et nocturne, d'un homme, peut-elle y suffire ?

Qu'arrive-t-il alors ? Deux cas peuvent se présenter : ou bien le médecin, amoureux de son métier, aliéniste dans l'âme, veut malgré tout faire de la clinique et traiter ses pensionnaires ; ou bien, hélas ! incessamment préoccupé, depuis des années, de maintenir l'équilibre de son budget, de faire cadrer les crédits, de réaliser des économies sur les prix de journées, afin de mériter des éloges du Conseil général, obligé de consacrer tous ses loisirs à un travail de comptable, il devient administrateur, et, fatalement, ne voit plus dans ses fous que des bouches à nourrir.

Dans le premier cas, laissant à ses bureaux les gros soucis administratifs, il interroge ses malades, les suit, fait de la thérapeutique ; mais, comme, pour s'intéresser à 715 malades par jour, il ne pourrait, en travaillant 12 heures, leur consacrer qu'une minute à chacun, il est obligé de faire un choix, d'en laisser beaucoup de côté ; il suit les plus *intéressants*, les cas aigus en général ; sitôt qu'une affection mentale prend des allures de chronicité, ou plus simplement sitôt que le certificat de quinzaine est fait, le malade est envoyé dans un quartier, où l'on ne s'occupera guère de lui que pour écrire ses bulletins de santé ; les médecins les plus actifs, en travaillant énormément, ne peuvent traiter valablement qu'une centaine d'aliénés. Que l'on songe aux interrogatoires inter-

minables, qu'il faudrait le plus souvent répéter tous les jours, aux examens physiques, aux analyses de laboratoire, aux soins spéciaux, sans parler des autopsies et de l'anatomie pathologique devenue indispensable ; et que le médecin qui s'offrira à *traiter* plus de 100 aliénés par jour veuille bien lever la main !

Dans le second cas, c'est plus simple ; la visite commence à 9 heures et finit à 10 h. 1/2 : les aliénés sont rangés dans les cours ou les salles de réunion ; le médecin défile sous leurs regards, demande par-ci par-là aux plus récents si « ça va bien » examine les vêtements, les sabots, s'assied à la petite table, contrôle les additions des régimes..... et passe à un autre quartier.

L'infirmerie seule l'arrête quelques instants : là sont en général les entrants sur lesquels il faut fournir deux certificats en quinze jours, et les malades ; il est indispensable d'interroger les uns et d'ausculter les autres ; ce travail retient le médecin-directeur assez longtemps parfois pour que la besogne administrative du matin en souffre et ce n'est pas sans maugréer qu'il se voit obligé de *perdre* une 1/2 heure à l'infirmerie.

Il est regrettable de constater que cette dernière façon d'opérer soit la plus générale dans les asiles où les fonctions sont réunies. Et n'est-ce pas fatal ? On sait que le directeur-médecin, bien que nommé par le ministre, est l'agent du conseil général, qui entretient les aliénés. Or, les conseillers généraux sont évidemment toujours d'excellents hommes ; ils sont extrêmement compatissants et savent bien que l'aliéné est un malade à soigner ; ils le désirent ainsi et, sans doute, si cela ne dépendait que d'eux, ils donneraient autant de médecins que de malades ; mais, voilà ! ils sont élus, et élus par des contribuables qui trouvent toujours que les impôts sont exagérés ; les électeurs pensent déjà que les fous coûtent bien cher, 300 ou 400.000 francs ; que feraient-ils si le conseil général s'avisait de les imposer encore pour améliorer le sort de ces gens-là, que beaucoup estiment trop luxueusement traités ? Vous verriez cela aux élections prochaines ! Alors on n'est pas de bronze, on serre les cordons de la bourse, on a toujours au contraire des tendances à baisser le prix de journée ; et le directeur-médecin qui par-

vient, par ses économies, à permettre cet abaissement, est chaudement et publiquement félicité en séance, au mois d'août. Comment voulez-vous qu'un directeur-médecin tant soit peu timoré, parce que désireux de conserver son poste dans l'asile de son choix, ne finisse pas par se dire : « Soigner les aliénés, quel beau rêve ! mais il faudrait que le conseil général m'en donnât les moyens. Or, si je les réclame, on me les refusera et on me blâmera ; si, au contraire, par une administration bien comprise, je fais des économies, j'aurai des éloges. Et en somme, les fous sont bien fous, n'est-ce pas ? ».

Alors, insensiblement, il en arrive à se convaincre lui-même qu'il n'est pas possible de guérir les aliénés, parce qu'il n'en voit jamais guérir ; il ne se dit pas que si un certain nombre avait reçu des soins assidus et précoces, ils auraient pu s'améliorer. Et c'est ainsi qu'en prenant la cause pour l'effet, il finit par affirmer de bonne foi que les asiles sont très bien organisés et que le personnel est suffisant ! Il ne saurait faire d'autre réponse à Bourneville, puisqu'il a toujours dit, dans ses rapports dithyrambiques à son conseil général, que tout était parfait.

Donc, il est avéré, pour les raisons principales et suffisantes rappelées plus haut, que le personnel médical des asiles, réduit aux directeurs-médecins ou aux médecins en chef, est soit insuffisant, soit à peu près négatif. Ne pas convenir de cette vérité, c'est nier tout progrès, toute science mentale. Mais, peuvent dire les profanes, que faites-vous donc des médecins-adjoints ? C'est ici que nous allons apprécier toutes les saveurs de l'administration que les peuples ont pu nous envier.

La loi de 1838, qui décréta la construction d'asiles départementaux, parla de tout ce qu'il fallait créer pour soigner les aliénés, sauf des médecins. Sans doute, il n'était pas venu à l'esprit du législateur que l'on pût organiser des asiles de traitement sans médecins, et il n'en fixa ni le nombre, ni le mode de recrutement. Les premiers aliénistes furent improvisés ; puis on s'habitua à réserver les places de médecins d'asiles à des hommes politiques, vaguement médecins. Survint le règlement de 1857 ; pas plus que la loi de 1838, il ne prévoit la mode de recrutement des médecins, il n'en fixe que le nombre : un méde-

cin en chef, directeur ou non, et un adjoint. C'est sur ce règlement que nous vivons toujours ; et, chose admirable, bien que, depuis 1857, la science mentale ait fait des pas de géants, bien que le recrutement des médecins ait été complètement modifié, par l'institution de concours de plus en plus difficiles, nous sommes toujours régis par un règlement dans lequel le médecin a un rôle tout-à-fait effacé, le directeur administratif est tout. Je n'insiste pas sur les bizarreries de ce monument ; on en connaît le caractère vexatoire pour le médecin en chef non directeur, auquel il ne laisse aucune initiative, aucune autorité ; sa critique a fait l'objet de nombreux travaux, et Marandon de Montyel a pu dire de lui : « ..... l'étonnant règlement de 1857 depuis 40 ans opprime les aliénistes, entrave tout effort scientifique, et empêche toute thérapeutique. C'est à lui que nous devons la presque totalité du stock considérable de chroniques qui encombrent nos asiles ; il est la cause unique du discrédit dans lequel est tombée chez nous la division des services médical et administratif...... Ce néfaste règlement impose au médecin en chef une situation intolérable et inacceptable... » (*Revue de Psychyâtrie*, 1898, p. 58.)

Or, si le règlement de 1857 institue le médecin-adjoint, il lui donne un rôle bien modeste (art. 69 et 70).

L'adjoint est un aide du chef, son remplaçant en cas d'absence ; il est chargé d'assurer l'exécution de ses prescriptions (!) et la rédaction des observations, qui, ne l'oublions pas, sont l'œuvre du médecin en chef (art. 64) ; il fait la contre-visite ; et c'est tout.

A la rigueur, nous pouvons comprendre qu'à l'époque où ce règlement fut élaboré, force était de considérer le médecin-adjoint comme un apprenti, absolument ignorant des choses de la psychiâtrie. Les postes étaient donnés, non seulement sans concours, mais aussi sans qu'il fût nécessaire d'avoir jamais vu un aliéné. Il faut se rappeler que la médecine mentale, encore à ses débuts, paraissait si ingrate, que nul ne songeait à se spécialiser ; il n'y avait même pas d'enseignement psychiâtrique. Malgré les efforts de quelques rares aliénistes, les travaux de Lasègue, on ne croyait pas encore que l'étude de la folie pût constituer une branche différenciée de la clinique médicale.

Les jeunes docteurs qui acceptaient un poste d'asile entraient dans un monde nouveau, où rien encore à cette époque ne rappelait, ni les méthodes d'investigation, ni la thérapeutique qu'ils venaient d'apprendre ; d'où la nécessité de leur demander un stage. Pouvait-on exiger d'un stagiaire, encore étudiant en somme, autre chose que la surveillance des prescriptions du chef ? Ce recrutement des adjoints, assez semblable à celui des internes de province actuels, resta soumis ainsi à la seule fantaisie des chefs ou des préfets, pendant 30 ans. On finit par reconnaître les abus d'un pareil système, qui devenait incapable de fournir à une science définitivement constituée, un personnel suffisant : un arrêté du 18 juillet 1888 institua un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (1) ; ce concours était régional, à raison de un par faculté. Il fut dès lors nécessaire, pour s'y présenter, d'avoir fait un stage psychiâtrique, comme interne d'asile, pendant au moins un an. Enfin, un nouvel arrêté, le 7 mars 1900, transforma les concours régionaux en un concours unique, à Paris.

Ainsi, tous les médecins-adjoints actuels ont été nommés à la suite d'un concours ; on sait, d'autre part, que le programme de ce concours, ne comporte guère que des matières spéciales (neurologie et psychiâtrie) ; une épreuve, toute récente, consiste en une composition écrite sur l'organisation des asiles et sur la législation des aliénés ; il y a deux épreuves de clinique mentale, et une sur titres, où il est tenu le plus grand compte des travaux spéciaux antérieurs. Grâce au choix qui résulte d'une pareille sélection, n'est-il pas évident que les élus offrent certaines garanties de connaissances en aliénation mentale ?

Eh bien ! malgré les différences profondes entre le recrutement du personnel adjoint d'aujourd'hui et celui de 1857, on n'a pas changé un iota au règlement de 1857 ; nous sommes traités exactement de la même façon. On a accumulé les difficultés d'admission, en exigeant que nous

(1) Ce concours fut institué à la suite d'une vigoureuse campagne du Dr Bourneville qui avait réclamé et obtenu le rétablissement du concours pour les médecins de Bicêtre et pour l'internat des asiles de la Seine.

fussions déjà des spécialistes, et on a continué à nous considérer dans les asiles comme des apprentis sans aucun rôle. Que dis-je ? Alors qu'en 1875, en 1880, on était nommé médecin en chef au bout de 3 à 5 ans, aujourd'hui il faut rester dans le plus complet désœuvrement pendant 9 ou 10 ans ! Que signifie donc le concours ?

Donc, il se trouve de jeunes docteurs qui, après un stage d'internat d'asiles de 3 ou 4 ans, préparent pendant 2, 3 ou 4 ans, un concours très spécial et très ardu, destiné à leur donner le titre de médecins d'asiles ; ils sont nommés ; ils débarquent, pleins d'enthousiasme et de zèle clinique, dans un asile, persuadés qu'un vaste champ d'expériences et d'activité va leur être ouvert. Le lendemain de leur arrivée, ils demandent à leur directeur-médecin quelles seront leurs occupations, et celui-ci leur dit : « Monsieur, si cela peut vous intéresser, vous suivrez ma visite, mais je n'ai rien de spécial à vous confier. » Ou bien : « Monsieur, vous aurez : 1° à suivre ma visite et écrire mes prescriptions ; 2° à vous promener dans les quartiers le soir à telle heure, et à me rendre compte de ce qui s'y passe ; 3° à tenir les registres de la loi. » Et si, étonnés, les nouveaux adjoints proposent de partager la besogne clinique, en se consacrant à certains malades : « Quoi des malades ! Mais, monsieur, je ne peux pas vous en donner des malades ! Ne savez-vous pas que j'ai seul charge d'eux, que je dois les connaître, faire leurs certificats, etc. ? Vous n'avez aucune fonction. » Et cela est vrai ; et le nouveau plein de zèle petit adjoint, qui avait cru mettre en pratique toutes les choses si intéressantes dont il s'était bourré, est bien obligé de ne rien faire, de suivre une visite à la « colonel » et de rengaîner, étouffer, oublier les pathologies qu'il ne peut transformer en cliniques, par suite de l'absence de malades. Cela dure 9 ans, 10 ans, toute la belle jeunesse, tout le temps de l'ardeur et de l'illusion généreuse ; et après 10 ans, lorsqu'il est nommé chef, n'est-ce pas que son apprentissage aura été fructueux ! Alors il en aura, des malades ; il en aura 715 ! et aussi un médecin-adjoint dont il ne pourra se servir.

Le stage du médecin-adjoint étant ainsi un long temps absolument perdu pour l'assistance des aliénés, on pourrait croire que, du moins, il lui sert d'apprentissage

administratif, et que l'adjoint puise dans la fréquentation de son chef, d'utiles leçons budgétaires ? Nous convenons que, de ce côté, il aurait besoin d'acquérir une expérience, puisqu'il est destiné aussi à devenir directeur. Hélas ! les secrets des bureaux lui sont plus fermés encore que ceux des malades. Je ne connais pas encore un directeur qui invite son adjoint à cuisiner ses crédits, à dresser son rapport (1), à faire ses adjudications. Il y a des commissions de surveillance, aux séances desquelles il serait très fructueux d'assister pour un futur directeur : je n'oublierai jamais l'expression de mépris que je vis rider le visage d'un directeur-médecin auquel je demandais si je ne pourrais, en curieux, assister aux séances mensuelles : « Vous n'y songez pas, me dit-il, les séances sont secrètes (2) ! » Il y a les intérims annuels d'un mois ; mais, avant de partir, le Directeur a toujours soin de tout régler à l'avance, et, par charité, d'aplanir toutes les difficultés de gestion qui se pourraient offrir. Il semble que la divulgation de la cuisine administrative à l'adjoint soit la trahison d'un secret d'Etat. Voilà comment l'adjoint apprend la seule chose qui ne lui soit point familière, l'administration !

Il faut être juste : si les médecins-adjoints sont systématiquement écartés de toutes les affaires de l'asile ; s'ils sont obligés de perdre 10 ans à suivre des visites qui n'ont le plus souvent de médicales que le nom, ce n'est pas la faute de leurs directeurs-médecins. En centralisant tous les services, en contraignant les chefs à faire tous les certificats, tous les bulletins, toutes les observations, à diriger tous les bureaux, la loi a empêché, sans en prévoir les conséquences, toute division du service. Le directeur-médecin étant le seul connu du Préfet, du procureur, de la commission de surveillance et des familles, est aussi le seul responsable : d'où, la nécessité pour lui de tout voir, l'impossibilité de céder une parcelle quelconque de ses attributions. Il faut qu'il puisse à tout moment faire un rapport, un bulletin de santé, une prescrip-

(1) Si, il y en a quelques-uns, entre autres MM. les Drs Giraud (de St-Yon).

(2) Il y aurait intérêt à modifier le Règlement dans un sens favorable (B.)

tion donner à qui de droit des nouvelles de ses 715 aliénés. Il faut surtout que l'assiette des budgets qu'il a édifiés ne puisse être à tout moment compromise par des ordonnances exagérées, des dépenses imprévues, chose qui se produirait fréquemment si les adjoints avaient une partie du service.

On comprend que le juste souci de mener à bien leur mission les rende aussi insensibles à nos doléances ; je suis persuadé qu'aucune autre considération ne les guide, lorsque certains d'entre eux nous refusent la moindre initiative, et que tous seraient enchantés d'avoir des collaborateurs. Aussi bien sont-ils excusables : il n'y a dans toutes ces questions qu'un responsable, c'est notre muraille de Chine, le règlement de 1857.

Eh bien ! et ceci devrait être l'unanime réponse à la deuxième question de Bourneville, le seul remède consiste dans la refonte complète de ce monument suranné et irrationnel. Ce serait si simple ! Car il ne faut pas oublier que le règlement de 1857 n'est pas une loi, et que le ministre peut toujours le remplacer par un autre, en harmonie avec les nécessités d'une science qui n'existait pas alors.

N'est-il pas incroyable qu'après la campagne en faveur des aliénés si brillamment menée depuis plus de 15 ans par tout ce que la France compte d'aliénistes de valeur, qu'après les projets et les études des Bourneville, des Dubief, des Sérieux, des Marandon de Montyel, etc., etc...., on ne soit pas encore parvenu à démontrer au ministre l'urgence de traiter honnêtement les aliénés ? Ah ! oui, nous connaissons l'objection : les conseils généraux ! C'est la pierre d'achoppement, c'est l'argument vainqueur ! Jamais, dit-on, on ne décidera les conseils généraux à voter les crédits nécessaires à la solde des médecins. Quel piètre argument ! Et combien on est obligé de douter de sa sincérité ! D'abord, en admettant que les conseils généraux refusent des fonds pour créer des médecins, cela n'empêcherait pas d'occuper les adjoints actuels ; cela ne coûterait pas un sou de plus de nous donner un service ; nous ne demandons pas de solde supplémentaire, nous voudrions *travailler* ; avec cela, qu'on nous appelle adjoints, chefs, internes ou directeurs, nous

n'en avons cure et nous contentons du traitement actuel. Cette simple modification au règlement, qui nous donnerait quelques malades et la signature, sans alourdir les budgets d'asiles d'un centime, donnerait 45 médecins de plus.

Mais, il y a plus, et nous prétendons que si, par suite d'une organisation d'assistance bien comprise, les aliénés pouvaient être *traités* sérieusement, il y aurait beaucoup plus de guérisons ; d'où, beaucoup plus de sorties, beaucoup moins de chroniques à nourrir jusqu'à leur belle mort, et une énorme réduction de dépenses. Cela est si vrai, que, si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur les résultats obtenus en Allemagne, dans les cliniques psychiatriques, où passent la plupart des aliénés, on trouve : à Strasbourg, dans la clinique du Professeur Fuertsner 65 % de guérisons ; à Halle, chez le Prof. Hitzig, 70 % de guérisons ; à Heidelberg, chez Krœpelin, 75 % de guérisons ; à Leipsig, chez Flechsig, jusqu'à 82 % de guérisons. (Rémond. *Les cliniques psychiatriques en Allemagne et à Toulouse*, 1898, édition restreinte à 25 exemplaires, Toulouse). Mais, en Allemagne, on *soigne* les aliénés ; les médecins foisonnent dans les cliniques, et c'est avec un sourire de pitié méprisante qu'ils vous accueillent lorsqu'on leur parle de l'organisation française. Je n'oublierai de ma vie la description enthousiaste que me faisait mon maître Rémond (de Metz) à son retour d'un voyage d'études dans les cliniques allemandes, en 1898 : il en revint illuminé, mais combien attristé de la comparaison avec notre pays ! Il en rapportait des plans, qu'il a publiés (*op. cit.* plus haut) et des chiffres. Tandis que nous continuons à héberger nos fous dans des garderies, à raison de 715 par médecin, les Allemands n'ont jamais plus de 80 à 100 malades chacun, et ils les soignent dans des *hôpitaux*, qui n'ont rien à envier aux plus récents de nos hôpitaux parisiens. Résultat : de 65 à 82 % de guérisons.

Quelles que soient les objections financières que l'on puisse faire à un projet semblable en France, il n'est pas moins vrai que si nous obtenions cette proportion de sorties des asiles, on aurait beau quintupler le nombre des médecins, cela serait moins cher que de transformer en chroniques tous les entrants.

Alors, que vient-on nous parler d'obstruction du côté des conseillers généraux ? A-t-on jamais dit, à ces dispensateurs des deniers départementaux, que si les aliénés recevaient d'autres soins, ils feraient, eux, d'autres économies ? Resteraient-ils insensibles à cet argument scientifique ? Enfin, si, malgré tout, ils ne se laissaient pas convaincre, ne resterait-ils pas au gouvernement la faculté de proposer une loi tendant à les y obliger ? On l'a fait en 1838, pour la création des asiles.

Il faudra bien qu'on arrive à démontrer ces choses en haut lieu ; un jour viendra où, ministre, conseil supérieur de l'assistance publique, députés et conseillers généraux, illuminés par l'évidence, ne voudront plus que la France reste bien loin en arrière dans le mouvement qui a déjà transformé tant d'autres nations. Ce jour-là, nous finirons de nous payer de mots, et nous serons indignés, en regardant en arrière, de constater que 100 ans après Pinel, notre pays ne possédait encore que des garderies de fous. Alors, nous verrons que si le progrès est lent, les qualités de solidarité et de générosité de notre race ne se sont point perdues : d'un seul élan, le jour où ils sauront qu'avec des soins on peut guérir les fous, les contribuables français, fussent-ils conseillers généraux, consentiront avec joie à consacrer quelques deniers à l'organisation de leur assistance. A la place de nos « casernes — asiles — prisons » actuels, où les prix de journées de 0 fr. 90 centimes défendent à la science d'entrer, on verra se dresser des établissements de cures, des *hôpitaux*, dans lesquels exerceront des médecins. Ce sera le premier pas sérieux vers l'émancipation du fou, qui reste toujours l'être à part, le paria, parce qu'il ne guérit jamais, et qu'on le cache comme un misérable encombrant et onéreux. — La réforme de la loi surannée de 1838 s'en suivra nécessairement ; car il ne sera plus indiqué de craindre des séquestrations, le jour où le fou, guérissable, sera considéré comme un malade, et pourra, dans certains cas, venir demander lui-même à se faire traiter. Et nous ne verrons plus sourire les confrères d'Outre-Rhin, lorsque nous nous entretiendrons avec eux des questions d'assistance des aliénés.

En attendant, que les pouvoirs sachent bien qu'il y a,

dans les asiles actuels, à côté de directeurs-médecins surchargés de besognes extra-médicales et cependant seuls autorisés à soigner les fous, qu'il y a, dis-je, une petite phalange de docteurs tout à fait spécialisés, et contraints de ne rien faire pendant 10 ans. Que le ministre entende dire que ces 45 aliénistes-adjoints demandent en vain des occupations que le règlement leur refuse, et qu'il suffirait d'une ordonnance de lui pour qu'il pût leur être confié un rôle auquel ils se sont longuement préparés ; que cette innovation ne grèverait en aucune façon le budget des asiles et qu'enfin elle serait le premier pas nécessaire vers une assistance plus médicale des aliénés.

Nous comptons sur M. Bourneville pour le leur faire entendre.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XVIII. — **Des fibres d'association de la couche finement grenue de l'écorce du cervelet** ; par L. Poussèpe. (*Neurol. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Ramon y Cajal a signalé dans la couche finement grenue en question des fibres qui, provenant de cellules de la couche sous jacente arrivent en se divisant à la surface de l'écorce. Les cellules de la couche grenue, petites, ont un gros noyau ainsi que trois à quatre prolongements protoplasmiques dont les extrémités se divisent à l'instar du pied de l'oiseau. « En outre, dit Bechterew, chaque cellule granuleuse envoie à la couche finement grenue un neurite dépourvu de collatérales ; j'ai pu le suivre dans son trajet vertical jusqu'à la région superficielle de cette couche ».

M. Poussèpe, après avoir détruit le lobule du pneumogastrique, a constaté dans la circonvolution cérébelleuse voisine la dégénérescence des fibres d'association ; les fibres dégénérées se dirigent d'abord dans la substance blanche ; leurs prolongements arrivent ensuite dans la couche grenue, finalement, la dégénérescence atteint les prolongements cylindraxiles des cellules de la couche grenue. Ces prolongements cylindraxiles, pénètrent dans la couche finement grenue, en formant une rangée de fibres parallèles (figures).

P. Keraval.

XIX. — **Les vrais centres du mouvement**; par A. ADAMKIEWICZ. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904.)

L'animal privé de son écorce cérébrale conserve le mécanisme brut de tous ses mouvements, mais il en perd l'initiative mentale. L'écorce du cerveau n'est donc pas le centre de la motilité, elle est le centre de l'idée et de la volonté.

D'expériences commencées en 1900, et qui viennent d'être terminées d'une façon satisfaisante, l'auteur publie les principaux résultats abrégés.

Le cervelet est l'organe principal du mouvement, comme le cerveau est celui des fonctions mentales. De même que la destruction de l'écorce fait disparaître les fonctions psychiques sans altérer la mécanique du mouvement, de même l'altération du cervelet supprime la motilité sans troubler le travail mental. De même que l'écorce du cerveau se compose de territoires à fonctions psychiques distinctes, de même la substance du cervelet comprend des localités séparées affectées chacune à des mouvements particuliers de l'ensemble de la fonction motrice. La surface du cerveau comporte une localisation des fonctions psychiques ; celle du cervelet admet une localisation des fonctions motrices.

Le cervelet contient les centres de l'ensemble des mouvements du corps soumis à la volonté : tête, tronc, membres. Ces centres ne sont pas seulement séparés localement ; ils ont aussi leur position fixe, nettement organisée. Ils occupent le même côté que les groupes de muscles qu'ils animent. Les muscles des membres ont dans le cervelet trois sortes de centres. Chaque membre antérieur et chaque membre postérieur possède son centre propre ; les deux membres antérieurs et les deux membres postérieurs possèdent chacun le sien ; les quatre extrémités ensemble ont, en outre un centre commun. Les quatre membres sont donc représentés dans le cervelet par sept centres moteurs.

Un mémoire détaillé est en préparation. P. KERAVAL.

XX. — **L'état des fibres nerveuses à myéline dans l'écorce du cerveau des épileptiques, notamment dans la couche d'association externe (zonale)** ; par Th. KAES. (*Neurologisch. Centralblatt*, XXIII, 1904.)

L'auteur vérifie d'abord leur manière d'être dans treize cerveaux normaux d'individus âgés de 17 à 55 ans. On y constate le plus habituellement (46,4 %) l'orientation parallèle de fibres généralement fines ; souvent (24 %), les fibres sont bien plus nombreuses et même fort touffues ; il n'est pas rare (22 %) qu'elles soient longues, épaisses, pour la plupart horizontales, quelques-unes obliques. Quelquefois, il n'existe pas du tout de fibres dans

la portion la plus superficielle de la couche, tandis qu'elles sont extrêmement abondantes immédiatement au-dessous. Il peut aussi arriver qu'il n'existe que des traces de fibres éparses, mais assez fournies. M. Kaes enregistre treize dispositions diverses.

Chez le paralytique général, l'absence totale de fibres en des districts entiers se voit dans la moitié des cas (49,9 %).

Voici maintenant une allure propre aux épileptiques. La couche externe est d'abord nettement accentuée ; tout à coup, les fibres disparaissent dans la moitié de la hauteur, puis les fibres parallèles redeviennent nettes et abondantes. Cette dernière bande, étroite, se compose de fibres bien formées ou de fibres à peine accentuées mais visibles : on en compte de une à cinq, qui bien souvent sont variqueuses (figures). Cette disposition, surtout marquée dans la région occipitale deux des hémisphères, se retrouve dans la région rolandique, et, par places, dans le lobe frontal. Il s'agit, en l'espèce, d'une jeune fille de 25 ans, morte brusquement dans un accès. L'écorce du cerveau, au niveau de la voûte de la circonvolution, était considérablement plus étroite que chez l'homme. L'hémisphère droit était le plus fourni de fibres à myéline. Elles étaient puissamment développées en maintes régions des circonvolutions pariétales. La lisière de substance blanche présentait dans les deux hémisphères une largeur extrême immédiatement en avant des fibres de projection, surtout à gauche. Le coin zonal de la vallée de la circonvolution abondait en fibres parallèles immédiatement autour de l'entaille formée par les circonvolutions. Chez un épileptique de 44 ans, mort aussi subitement, les coupes sériaires frontales de l'occiput des deux hémisphères témoignaient de la même allure. (Voy. Bechterew : « Fibres externes d'association ». *Archives de Neurologie*, 893, t. 25, p. 105.)

P. Keraval.

XXI. — **Critique du mémoire de Kronthal intitulé :** *Cellule nerveuse et psychose*; par Nissl. (*Centralblatt für Nervenheil-Kunde*, XXVII, N. F. XV, mai 1904.)

1° Il n'est pas vrai que les centres nerveux normaux de l'homme, du chien, du chat et du lapin contiennent des cellules nerveuses ne possédant pas de noyau doté d'une membrane nucléaire bien différenciée. Cette apparence tient à des artifices de technique. — 2° Il n'est pas vrai non plus que les cellules nerveuses centrales soient des organismes dans le marasme ou défunts qui ne manifestent aucune des réactions de la vie. Par des expériences bien conduites, on peut se convaincre qu'elles réagissent aux influences extérieures, éliminent, changent de formes et sont susceptibles de se reconstituer. — 3° Erreur encore que de prétendre que les couleurs basiques n'agissent que sur le noyau et non sur le protoplasma des cellules non nerveuses ou que les

parties du protoplasma colorées par les couleurs basiques doivent cette particularité à la dissolution des noyaux, c'est-à-dire à la chromatine nucléaire. — 4° Comment peut-on prétendre que dans le système nerveux central normal, les leucocytes quittent les capillaires pour émigrer dans le tissu, que les cellules nerveuses soient le produit de leucocytes en liquéfaction, qu'elles soient continuellement détruites et se reforment perpétuellement aux dépens des leucocytes ? — 5° Il n'est pas exact d'affirmer que dans le système nerveux central le transport des granules de matières colorantes n'ait lieu que par les leucocytes. — 6° Il est faux également de dire qu'il n'existe pas de différences essentielles entre les prolongements d'une cellule nerveuse. En effet, il existe des différences morphologiques entre le prolongement cylindraxile et les prolongements protoplasmiques. Puis les neuro-fibrilles quittent les neurites sans paraître se modifier pour donner naissance aux fibrilles d'un cylindraxe, tandis qu'on n'a jamais pu suivre de neurofibrille au-delà du territoire des dendrites.

P. KERAVAL.

XXII. — **Contribution à l'anthropologie de la moelle** ; par H. PFISTER. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)

1° La moelle épinière des garçons est, quel que soit leur âge, en moyenne plus lourde et plus longue que celle des filles.

2° Comparée à l'encéphale, la moelle des garçons est à la naissance plus légère que celle des filles. Chez les enfants de même sexe et de même âge, quelle que soit leur stature, le poids du cerveau semble marcher de pair avec celui de la moelle ; mais à mesure qu'ils avancent en âge, la moelle devient comparativement plus lourde.

3° Le poids moyen de la moelle, qui, à la naissance, est de 3 à 3 gr. 4, atteint 27 à 28 gr. Cet accroissement, extrêmement actif dans les deux premières années de la vie, se prononce ultérieurement de moins en moins. — 4° Chaque gramme de moelle correspond, chez le nouveau-né, à 14 cent. de taille. Avec l'âge la stature diminue par rapport à la même quantité de moelle. La moelle comparé au volume du corps est chez le garçon un peu plus lourde que chez les filles. — 5° La longueur moyenne de la moelle qui est chez le nouveau-né à peu près de 14 cent., atteint 43 cent. à 45 cent. ; ce développement est tout d'abord lent ; la forte augmentation de poids des premières années de la vie tient plutôt à un développement en grosseur de l'organe. — 6° Chez le nouveau-né, la longueur de la moelle représente 29, 5 °/o de sa taille ; cette proportion fléchit d'abord lentement puis à la fin de la première année elle n'est plus que de 26 à 25 °/o. Ce chiffre correspond au rapport de la longueur de la moelle à la taille de l'adulte.

P. KERAVAL.

XXIII.— Contribution à la question de la papille étranglée ; par W. Uhthoff. (*Neurolog Centralbl.* XXIII. 1904).

Sur 51 yeux, sur lesquels on avait *de vivo* constaté l'existence d'une papille étranglée dans une affection cérébrale, M. Kampherstein a relevé la dilatation du canal de la gaine du nerf optique en 32 cas ; la gaine présentait en outre des lésions inflammatoires en 23 cas ; dans 15 elle était enflammée mais non dilatée ; il y avait œdème de la portion orbitaire du nerf en 30 cas, dont 28 avec inflammation ; 19 fois le nerf optique même était œdématié et enflammé.

Sur 42 yeux atteints de papille étranglée, la lame criblée était 33 fois saillante en avant ; 27 fois il existait aussi des phénomènes inflammatoires dans les papilles.

Deux cent-quatre cas constituent le matériel clinique.

Cent trente-quatre d'entre eux concernaient une *tumeur cérébrale*.

Vingt-sept avaient trait à la *syphilis du cerveau* ; d'ordinaire ici, il s'agit d'un néoplasme gommeux, mais parfois aussi d'une méningite gommeuse qui peut offrir alors un cachet particulier à raison de l'inflammation de la partie rétrobulbaire et basale du nerf optique et de la coparticipation d'autres nerfs craniens de la base. Quelques très rares observations témoignent d'une endartérite syphilitique avec thrombose des grosses artères du cerveau ; en ce dernier cas, il se peut produire un fort œdème des parties correspondantes de l'encéphale qui déplace de l'autre côté la moitié intacte de l'organe, mais ce mécanisme est très rare a raison du décès rapide du patient qui ne donne pas le temps à la papille étranglée de se développer.

Dans la tuberculose intra-cranienne (9 observations), la papille étranglée indique la complication d'un *tubercule solitaire* ; rarement la méningite tuberculeuse seule l'engendre ; au lieu du type de la papille étranglée, on a l'image de légères altérations névritiques des papilles sans que celles-ci proéminent nettement.

Il n'est pas fréquent non plus que l'*hydrocéphalie interne* aboutisse à une véritable papille étranglée. Le plus souvent on observe l'atrophie descendante simple du nerf optique par voussure du plancher du 3e ventricule. Rarement aussi la *méningite* se traduit par la papille étranglée.

Les *cysticerques du cerveau* peuvent à l'occasion y aboutir ; c'est quand ils produisent une réaction inflammatoire très intense ou quand la cysticerque, siégeant dans le 4e ventricule, provoque, par refoulement une hydropisie marquée de cette cavité.

La papille étranglée peut être en rapport avec une malformation du crâne, surtout avec le *crâne en forme de tour* ; mais, pour

l'observer, il faut examiner les patients dans leur jeunesse, au moment où les altérations papillaires se forment.

Bien peu nombreux sont les cas de diagnostic incertain relatif à l'origine de la papille étranglée (quatre) ; les symptômes présentés par les malades trahissaient cependant des affections du cerveau bien que la guérison survînt et que le diagnostic échouât.

Rares sont en somme les papilles étranglées bilatérales dans les affections qui ne sont pas intra-cérébrales ; exemple la *néphrite*. D'ailleurs, il y eut souvent erreur de diagnostic et l'autopsie seule dans un de ces cas démontra une néphrite sans altérations cérébrales. Même remarque pour l'intoxication *saturnine*. De même, *l'anémie et la chlorose* peuvent déterminer la papille étranglée bilatérale ; il semble que cette forme d'admettre un pronostic relativement meilleur quant à la rétrocession et au trouble fonctionnel. On a signalé encore la papile étranglée bilatérale dans la *sclérose en plaques*, la *pachyméningite*, quelques maladies infectieuses, des anomalies menstruelles, mais c'est bien rare, puisque cette statistique de 204 cas est muette à ce sujet.

L'image ophtalmoscopique de la papille étranglée peut traduire aussi une anomalie congénitale du mode de disposition du nerf optique à son entrée dans le globe oculaire ; l'ophtalmologiste le plus exercé peut s'y tromper.

Enfin la papille étranglée peut émaner d'un *hématome de la gaine du nerf optique*, consécutif à une fracture du crâne ; la gaîne se remplissant de sang, la papille forme un renflement modérément saillant, dès les quelques heures qui suivent l'accident.

Comme l'a dit De Græfe en 1860, pour qu'il y ait papille étranglée, il faut que la papille proémine au moins de 2/3 de mill. (2 Dioptries). Parmi les signes cliniques il ne faut pas oublier : les obscurcissements périodiques de la vision, le rétrécissement concentrique du champ visuel ; on constate en revanche assez souvent l'intégrité relativement longue de la vision malgré l'existence d'altérations ophtalmoscopiques marquées.

On ne saurait toujours expliquer la genèse de la papille étranglée par un processus inflammatoire préalable. Les relations mécaniques entre l'élévation de la pression intra-crânienne et l'hydropisie ventriculaire joue un rôle très important. Chez quelques-uns des malades on a, par la trépanation, fait disparaître l'hyperpression intra-cranienne, et, consécutivement, la papille étranglée : il n'en est pas resté de traces notables ophtalmoscopiques ou fonctionnelles. Quant à établir les indications de cette intervention, il faut, en chaque cas, la coopération de l'ophtalmologiste, du chirurgien, du neurologiste. Et très rares sont les cas où la trépanation peut entrer en ligne de compte pour la conservation de l'acuité visuelle.

L'œdème du segment orbitaire du nerf optique trouvé par Kam-

pherstein dans 60 % à peu près de nos observations, si soulignée par Parinaud, Sourdille et autres, a une grosse valeur dans la pathogénie du gonflement des papilles. L'oblitération de la veine centrale de la rétine dans son passage par le canal de la gaine du nerf optique (Deyl) ou la compression des vaisseaux centraux dans le tronc du nerf (Ulrich) ne constituent pas une explication suffisante.

Le *fort gonflement des papilles*, relaté dans une observation de *conjonctivite diphthéritique avec nécrose de la cornée*, ressemble bien, à première vue, tout à fait à une papille étranglée. Mais ce gonflement porte surtout sur les parties superficielles des papilles qui avoisinent le corps vitré; la circumvallation péri-papillaires n'est pas aussi accentuée qu'elle l'est dans la papille étranglée cérébrale typique. Il est manifeste que le processus a été provoqué d'emblée par une toxine. Les parties périphériques de l'œil n'ont pas été affectées ; seule la papille a été atteinte. Donc il est évident que, bien que la toxine ait agi par les portions antérieures de l'œil, la papille possède une prédisposition spéciale au gonflement œdémateux et inflammatoire. P. KERAVAL.

XXIV.— **Lésions microscopiques du noyau du pneumogastrique dans un cas de carcinome de l'œsophage** ; par C. HUDOVERNIG. (*Neurolog. Centralbl.* XXIII. 1904.)

Chromatolyse des cellules nerveuses occupant la partie du noyau dorsal qui borne le bord supérieur et interne de la racine ascendante vago-glosso-pharyngienne. Mêmes lésions, mais d'un nombre moins grand de cellules dans le groupe le plus inférieur de la portion moyenne du noyau ambigu (figure). P. KERAVAL.

XXV. — **Des centres de divergence et de convergence du cerveau**; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII. 1903.)

Il existe dans l'écorce des hémisphères *deux centres de divergence oculaire*, un centre postérieur placé dans le gyrus angulaire (pli courbe) ; un centre frontal immédiatement en avant de la partie moyenne du sillon de Rolando (précentral).

Ce dernier, sur la limite de la région motrice, participe aux mouvements volontaires. Le centre postérieur, à raison de sa topographie, se rattache au centre de la vue et, comme tel, accessible à d'autres associations des mouvements de l'œil, il rentre dans les centres des mouvements involontaires ou réflexes excités par les représentations visuelles. Qu'on excite le centre postérieur ou le centre frontal, en même temps que les axes optiques se dirigent au loin, les pupilles se dilatent et les paupières supérieures s'élèvent un peu. Toute divergence active exigeant la contraction des deux muscles abducteurs, les centres sous-cor-

tiraux de ces muscles siégeant dans les noyaux des nerfs correspondants constituent, par suite, des centres de divergence. On connait les expériences qui prouvent l'association bilatérale des centres frontaux des mouvements des yeux avec les noyaux des nerfs abducteurs. En outre de ce mécanisme de la divergence il existe un centre sous-cortical propre de divergence des yeux jouant le rôle de centre réflexe, en relation avec les mêmes noyaux des nerfs abducteurs par le moyen, chez l'animal, du faisceau longitudinal prédorsal, et, chez l'homme, du faisceau longitudinal postérieur ; ce centre occupe le tubercule quadrijumeau antérieur. Il y a aussi des raisons de croire que notre centre de divergence cortical postérieur est en rapport avec le tubercule quadrijumeau antérieur et que ce centre fonctionne, de même que d'autres centres d'association des mouvements oculaires, par l'intermédiaire de ce tubercule.

Les *centres de convergence* sont doubles. Il en existe un dans la région occipitale du singe, un peu en arrière du point de jonction de la scissure de sylvius et de la première temporale. Son excitation provoque convergence oculaire et contraction des pupilles. Un autre occupe la partie inférieure du pli courbe en avant et en arrière du point de jonction de la scissure de sylvius avec la première temporale ; il doit être réflexe, en relation avec le centre cortical de la vue. Il y a lieu de supposer un centre de convergence volontaire, situé dans les parties antérieures des hémisphères mais l'existence n'en est pas démontrée. Jusqu'à nouvel ordre, la convergence volontaire est liée au sort des centres des mouvements des yeux des deux hémisphères. Impossible de douter qu'il n'y ait dans les régions sous-corticales des centres spéciaux de convergence. Les centres de convergence qui régissent les muscles interne des yeux occupent les noyaux des oculo-moteurs. S'il n'y a pas un centre spécial qui préside à la convergence associative des deux yeux simultanément, il y a un centre pour chaque œil séparément. En tout cas les centres frontaux qui président à la convergence des yeux agissent par l'intermédiaire des centres sous-corticaux qui portent les yeux en dedans ; les impulsions parties des deux hémisphères cérébraux doivent en même temps se porter sur l'un et l'autre noyau qui meut l'œil en dedans. En réalité, quand on excite le tubercule quadrijumeau antérieur, avec quelque persistance, on produit la convergence.

P. Keraval.

XXVI. — **De la région visuelle de l'écorce cérébrale et de ses rapports avec les muscles des yeux**; par W. M. Bechterew. — **Du centre cortical de la vue**; par K. S. Agadjaniantz. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

L'examen des travaux parus depuis 1890 sur le centre de la

vue à la surface des hémisphères, de ceux notamment d'Hitzig et Kolberlah, révèle l'imprécision de nos connaissances sur le rôle de la partie postérieure des hémisphères cérébraux. De là de nouvelles recherches physiologiques sur divers animaux ; M. Bechterew en détaille les particularités et les compare avec celles d'Hitzig. M. Agadjaniantz les résume en ces termes.

1. Chez la *grenouille*, la vue n'a pas à souffrir de l'extirpation partielle, et même totale, des hémisphères; l'animal évite sans difficulté les obstacles; il semble que l'exercice élémentaire de la fonction visuelle soit pleinement conservé. — 2. Chez l'*oiseau pigeon*, l'ablation des lobes occipitaux se refléchit sur la vue ; lui bouche-t-on l'œil du même côté que l'opération, il vole avec moins d'assurance, et se heurte aux obstacles. L'amaurose corticale complète exige de larges extirpations des deux tiers postérieurs du cerveau, et même des deux hémisphères. — 3. Chez le *lapin*, la cécité corticale émane de l'extirpation de la face interne du lobe occipital. C'est l'œil du côté opposé qui souffre le plus. — 4. Chez le *chien*, la lésion des lobes frontaux détermine surtout des signes de démence ; ce n'est pas la vue qui est atteinte, c'est l'attention. La vision distincte souffre d'une lésion de la portion antérieure d'un segment interne et antérieur d'une bande d'un demi-centimètre qui occupe la face externe du lobe occipital et la partie la plus postérieure du lobe pariétal. La partie postérieure de la face interne du lobe occipital et la bande du segment externe correspondant, représentent les éléments de la rétine dénués de localisations corticales et de punctum cæcum pathologique ; il se produit une hémianopsie plus ou moins intense. Lèse-t-on la région pariétale externe et en partie, la région occipitale externe, depuis le lobe pariétal jusqu'au pôle postérieur et sous la tente du cervelet, on provoque une affection plus diffuse de la rétine du côté opposé qui se traduit par un affaiblissement du lieu de la vision distincte et les signes de la cécité psychique. En l'espèce, la partie postérieure est en relation avec les deux rétines. On n'observe pas de démence quand les interventions dans cette région sont simples et bien limitées. Les mutilations très profondes et les inflammations étendues se traduisent par une hémianopsie fort prononcée (de conductibilité des deux yeux, ou par une hémicécité d'un œil. La lésion des circonvolutions sigmoïdes provoque une amblyopie diffuse de l'œil du côté opposé, en rapport probable avec l'altération du sens musculaire des muscles oculaires et avec un trouble de l'accommodation ; principalement quand les voies d'association sont intéressées des deux côtés depuis le centre visuel jusqu'à l'écorce motrice. La lésion du pli courbe fournit une amblyopie légère, diffuse et passagère de l'œil opposé. — 5. La dissection de la pie-mère au-dessus de la région motrice engendre chez

le *singe*, une amblyopie de courte durée sur l'œil opposé. La lésion de la face interne du lobe occipital provoque une hémianopsie homonyme corticale. L'endroit de la vision distincte est posté plus en avant. On n'obtient pas, semble-t-il de punctum cœcum pathologique ; c'est une hémianopsie plus ou moins intense, selon l'étendue et la profondeur de l'altération. De même que chez le chien, les extirpations répétées ressuscitent tous les phénomènes obtenus et même passés de l'extirpation antérieure. La lésion de la face externe du lobe occipital jusqu'au sillon pariéto-occipital et celle de la partie postérieure du lobe pariétal provoquent chez le singe de l'amblyopie diffuse (surtout de l'endroit de la vision distincte), dans l'œil opposé, avec cécité psychique. — 6. Les lésions organiques de l'écorce engendrent l'achromatopsie pour toutes les couleurs d'emblée et partout. — 7. Chez l'*homme*, il semble que le centre de la perception occupe les deux lèvres de la fissure calcarine, le centre de la vision distincte paraissant être en avant. — 8. Nos préparations relatives aux lésions de la face interne du lobe occipital chez le *singe* montrent que les voies d'association gagnent la face externe du lobe occipital (centre d'élaboration mentale), les portions supérieures et externes du lobe pariétal et de la région motrice, enfin l'écorce des lobes frontaux. Ces voies empruntent le trajet du faisceau longitudinal supérieur. Elles vont à toutes les circonvolutions du lobe temporal en partant de la face externe de l'écorce de la région occipitale (faisceau longitudinal inférieur). Les voies commissurales passent par le corps calleux pour innerver les parties symétriques de l'autre hémisphère. Les voies de projection gagnent le corps genouillé externe, les deux pulvinars de la couche optique, les corps quadrijumeaux antérieurs. — 9. La lésion organique de l'écorce, du moins chez le chien et le singe, chez l'homme aussi, n'entraîne pas la cécité complète de tout l'œil opposé (ni même de l'œil homonyme) — 10. L'endroit de la vision distincte, et tout le reste de la région visuelle de l'écorce peuvent être frappés indépendamment l'un de l'autre. — 11. L'extirpation bilatérale, complète, de la région visuelle dans l'écorce entraîne une cécité complète des deux yeux ; la cécité peut se transformer en amblyopie ou hémianopsie, en hémi-amblyopie et s'évanouir par parties, affectant ou non l'endroit de la vision distincte. Parfois il persiste tels ou tels désordres. — 12. L'anatomie du tractus optique explique, par le détail du chiasma, de la répartition du faisceau maculaire, des faisceaux de Gratiolet, ainsi que par le trajet des voies d'association, de projection, et de commissure émanées de la région visuelle corticale, les phénomènes physiologiques et pathologiques de la fonction de la vue.

P. Keraval.

XXVII. — **Appareil destiné à déterminer le volume de l'encéphale ; cérébro-voluminimètre** ; par F. Reich. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904.)

Il s'agit d'un vase de verre cylindrique en rapport avec les dimensions de l'encéphale. A une certaine hauteur au-dessus de la base existe une ouverture ronde dont le bord inférieur sert de déversoir ; à cette ouverture est assujetti un tuyau de décharge assez large, incurvé inférieurement, et muni d'un robinet. Au-dessus du trop-plein, la paroi du vase a été marquée d'un trait qui indique à peu près la hauteur à laquelle s'élève le liquide au-dessus du niveau du trop-plein quand on y plonge l'encéphale. Un second vase, de jauge, est constitué par un long cylindre gradué d'une contenance de plus de 2.000 cent. cubes ; ce vase est fixé sur un pied de fer de façon que son orifice supérieur atteigne presque la hauteur de l'orifice d'écoulement du voluminimètre.

On remplit, après avoir fermé le robinet, le vase de verre, jusqu'au trait qui se trouve au-dessus du trop-plein, soit d'eau, soit, si l'on projette un examen microscopique, de sérum ou de liqueur de Müller. Dès que le liquide est en équilibre, on ouvre le robinet ; et l'on fait écouler la quantité qui a dépassé le déversoir. On referme alors le robinet. On plonge ensuite dans le liquide restant l'encéphale, la convexité en bas, afin d'éviter la formation de bulles d'air. On place au-dessous du robinet d'écoulement le vase de jauge. Dès que le liquide s'est mis en équilibre, on ouvre le robinet ; on obtient le volume de la quantité qui s'écoule par simple lecture de l'échelle de graduation.

P. Keraval.

XXVIII. — **Contribution à la casuistique des côtes cervicales** ; par H. Lévi. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Il s'agit d'une ouvrière de 18 ans, atteinte de sclérose en plaques qui, dans la fosse sus-claviculaire gauche, présente une tumeur dure comme de l'os, se dirigeant vers la colonne vertébrale sans qu'on puisse la suivre au-delà ; elle a la forme et la largeur d'une côte avec exostose. Cette tumeur, douloureuse à la pression, offre, en avant, une pulsation de la sous-clavière remarquablement intense par comparaison avec le côté droit ; en cet endroit, on perçoit, sans qu'il soit besoin d'appuyer sur le stéthoscope, un bourdonnement systolique. La pression sur la tumeur, une inspiration profonde, un changement de position de la tête, l'élévation du bras gauche, n'exercent sur le pouls du bras gauche aucune influence, pas plus que sur les dimensions des pupilles. Dans la fosse sus-claviculaire droite on ne peut affirmer qu'il existe quelque anomalie à côté de la première côte ; le pouls radial droit, généralement plus petit que celui de gauche,

est parfois plus fort. Si la malade élève le bras droit à la perpendiculaire, le pouls, d'abord irrégulier, disparaît, au bout de quelques secondes. La dimension des pupilles ne varie pas.

L'examen aux rayons Rœntgen décèle l'existence des deux côtés d'une côte cervicale marquée ; l'extrémité de celle de gauche est pliée en exostose (figure).

Les côtes cervicales ne déterminent de troubles que dans 5 à 10 % des cas ; dans cette observation, elles ont été si peu importunes qu'elles n'ont été diagnostiquées qu'accidentellement. Il faut leur imputer les troubles de la circulation du côté droit, la légère atrophie des petits muscles de la main du côté gauche, la scoliose de la colonne vertébrale. Souvent aussi, comme ici, on constate une sensation d'engourdissement à la face interne du bras gauche.

Il se peut qu'il y ait que coïncidence entre l'anomalie osseuse et l'affection nerveuse. Il se peut aussi que la sclérose en plaques soit greffée sur un terrain à anomalies congénitales dont les côtes cervicales constituent une modalité. Oppenheim a établi les mêmes relations entre les côtes cervicales et la syringomyélie.

Et vraiment, dans les maladies organiques de la moelle, on rencontre très fréquemment de ces signes de dégénérescence, ou, comme chez notre malade, des signes d'atavisme ayant alors pour la neuropathologie l'importance qu'ils ont pour la psychopathologie. En tout cas, ces signes n'expriment qu'une prédisposition ; l'explosion de la maladie est le fait de la suraddition des causes propres. Faut-il, en l'espèce, attribuer la cause à un traumatisme subi par la malade à l'âge de 8 ans (chute d'un escalier de cave ? La sclérose en plaques ne débute, il est vrai, que cinq ans plus tard mais c'est une affection toujours longue, et la diplopie passagère, qu'on se rappelle maintenant s'être montrée depuis, peut bien avoir passé inaperçue.

P. Keraval.

XXIX. — **La lecture de la pensée et les rayons N** ; par N. G. Kotik. — **Suggestion mentale ou tour de passe-passe** ; par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui devine les pensées de son père et de plusieurs médecins. Nombreuses expériences extrêmement intéressantes, tant en ce qui concerne ce phénomène qu'en ce qui a trait à l'émission et à la propagation des rayons N physiques et physiologiques dans leur rapport avec la transmission de la pensée du cerveau d'une personne à celui d'une autre. Il s'agirait maintenant de les contrôler. Voici pour le moment les conclusions du mémoire de l'auteur russe.

« La pensée d'une personne se peut transmettre à une autre personne par l'intermédiaire des rayons N, qui sortent des centres du langage. Ils ont la propriété d'exciter les centres du langage de la seconde personne et de provoquer dans ces derniers

des images auditives identiques. — Cette seconde particularité ne saurait cependant être encore considérée comme prouvée, car il faudrait pour cela qu'à l'aide des rayons N physiques, c'est-à-dire émanés d'une source physique, nous ayons réussi à éveiller dans la tête d'un sujet quelconque quelques représentations mentales auditives.

Charpentier Aug., n'en a pas moins démontré que les rayons N émanés de certains agents physiques, dirigés sur certaines régions de la tête, déterminent l'excitation des centres correspondants du cerveau, auditifs, visuels, olfactifs.

« La lecture de de la pensée est-elle un phénomène exclusivement réservé à certains individus ? N'est-elle pas plus ou moins inhérente à tous ? Il est impossible d'en nier l'existence chez certains sujets tels que les fameux Brown et Bischopp, les possédées de Kraïnsky, la jeune fille dont s'occupe ce mémoire. Les expériences de Richet Ch., Lemann, Jouk et autres sur des personnes ordinaires, nous permettent de conclure, que la faculté de percevoir les pensées d'autrui existe à un degré plus ou moins marqué chez n'importe qui. Nos expériences sur la propagation des rayons N pendant la cogitation permettent de dire que cette faculté se produit par les rayons N. Si dans la vie de chaque jour nous ne la remarquons pas en nous, c'est que le cerveau des personnes ordinaires ne jouit pas d'une sensibilité particulière à l'égard des rayons N ; il s'en suit que les représentations mentales ou les images provoquées par ces rayons n'arrivent pas jusqu'au seuil de la conscience. Cela ne veut pas dire que des représentations mentales qui n'arrivent pas jusqu'au seuil de la conscience ne puissent exercer une influence quelconque sur notre organe psychique et modifier imperceptiblement le contenu de nos idées conscientes.

Les lecteurs de pensées se distinguent du commun des mortels en ce que, possédant de l'hyperesthésie des organes des sens supérieurs, et, si l'on veut, de tout l'organe psychique, ils sont en état de sentir nettement des excitations qui restent inaperçues pour les autres. Tous les êtres sont, à notre avis, reliés par les fils invisibles des rayons N qui, jouant dans la vie journalière un rôle peu important, acquièrent probablement une importance et une influence énorme dans tous les mouvements des masses populaires,

La psychologie de la foule, les lois de l'imitation et d'autres phénomènes énigmatiques de l'état mental des masses ne peuvent être correctement élucidés que par l'influence des rayons N. »

M. Bechterew croit également à la réalité de la devination de la pensée chez certains êtres. Il est impossible selon lui, de la taxer invariablement de supercherie. Il y aurait lieu de multiplier les recherches scientifiques sur ce sujet. La question de la

suggestion mentale sort graduellement du domaine de l'inconnu. L'état mental n'étant, en somme, qu'une manifestation de l'énergie, les découvertes de Blondlot et Charpentier, sur les rayons qui sortent du tissu nerveux en activité, transforment la suggestion mentale en un phénomène qui ne heurte en rien nos connaissances scientifiques fondamentales. P. KERAVAL.

XXX.— **Sur la doctrine de Flechsig des zônes perceptives et des zones associatives** ; par le prof. L. BIANCHI. (*Ann. di Nevrologia*, anno XXII, fasc. I-II.)

Voici les conclusions de ce rapport présenté au Congrès international de médecine de Madrid (1903.)

Les recherches de Flechsig, au moyen de sa méthode, ont donné une impulsion notable à la connaissance anatomique du cerveau et de son développement, puisque il semble établi que certaines zônes du manteau possèdent un plus grand nombre de fibres de projection que d'autres.

S'il est vrai que les fibres nerveuses du manteau ne se myélinisent pas dans le même temps, on doit démontrer encore si la myélinisation des fibres appartenant aux zones dites intermédiaires et terminales est soumise à une loi de développement ; sur ce point, Flechsig s'est lui-même contredit plusieurs fois.

En admettant que le fait anatomique doit avoir une signification physiologique, le fondement des conclusions physiologiques déduites par Flechsig reste toujours à démontrer. A ce point de vue, on n'arrive pas à comprendre l'existence des zônes associatives, telles que Flechsig les a conçues, étant donné que toutes les zones perceptives sont des zones associatives. La loi de progressivité qui existe dans le processus de la perception, nous la rencontrons dans l'agrandissement successif des zônes sensorielles, dont le produit est progressivement de plus en plus compliqué. Le rapport entre le fait anatomique et les phénomènes psychiques n'est pas celui que Flechsig a imaginé. Les zônes intermédiaires et terminales sont des terres vierges, qui attendent encore le défrichement.

Les zônes perceptives qui comprennent toutes les zônes associatives postérieures sont des centres de formation et de conservation des images. On ne peut pas démontrer le passage des images du centre de perception au centre postérieur d'association, qui serait, selon Flechsig, aussi le centre de conservation et d'association pour les images provenant des autres centres percepifs. Les lésions de la zône du langage démontrent que les images verbales auditives, visuelles et motrices-tactiles se forment et se conservent dans des aires respectives, et que la destruction de l'une d'elles produit la perte irréparable des images qu'elle a formées

et conservées, et aussi la perte du langage, selon l'importance du centre intéressé.

Il est très dangereux d'utiliser pour cette question les matériaux fournis par la paralysie générale progressive, parce que l'on sait bien que dans cette maladie les lésions sont très diffuses, commencent le plus fréquemment dans les éléments cellulaires et doivent être recherchées à l'aide de procédés très délicats. La solution du problème doit être demandée aux lésions en foyer ; et l'on peut démontrer que celles qui produisent le plus de dommage à l'intelligence sont les lésions des zones perceptives du langage, et spécialement de la zone auditive, que Flechsig désigne avec le n° 5. Les lésions de la zone visuelle donnait aussi des résultats presqu'identiques, mais seulement chez les personnes cultivées. Les lésions très étendues du lobe temporal ne produisent pas de grands troubles intellectuels, sauf quand la lésion est étendue à la zone auditive du langage. La perte de l'intelligence à la suite de lésions de la grande zône pariéto-occipito-temporale est due principalement à la part qu'elle comprend, dans l'hémisphère gauche, la zone du langage. Tout le monde sait que l'intelligence, chez l'homme bien développé et cultivé, est intimement liée au langage, dont la perte amène des troubles intellectuels profonds.

Dans la microcéphalie on peut trouver la zône occipito-pariéto-temporale très développée par rapport aux autres parties du cerveau, chez des sujets qui pendant leur vie avaient témoigné d'une absence complète d'association des images, avec l'idiotisme le plus profond et le plus grave.

Il existe une seule zône, dont les lésions ne produisent jamais de troubles sensoriels ou moteurs, et provoquent au contraire la perte des facultés mentales supérieures ; c'est celles des lobes frontaux. Cette zone est en rapport avec toutes les autres : elle réunit les produits des zones sensorielles, et excite leur activité. Elle n'a pas de fibres de projection. Les expériences, les maladies de cette zone, et l'anatomie embryologique concourent à démontrer que la zone frontale est le siège de la synthèse intellectuelle et émotive de la personnalité. C'est là la seule conclusion légitime.

J. SÉGLAS.

XXXI. — **Un psycho-esthésiomètre** ; par COLLUCCÉ. (*Ann. di nevrol.* Anno XXII, fasc. I-II.)

XXXII. — **Sur quelques altérations de l'appareil neurofibrillaire des cellules corticales dans la démence sénile**; par FRAGNITO. (*Ann. di Nevrolog.* Anno XXII, fasc. I-II.)

XXXIII. — **Les recherches sur l'agent spécifique de la rage**; par LA PEGNA. (*Ann. di nevrol.* Anno XXII, fasc. I-II.)

XXXIV. — **Sur le temps de réaction aux stimulus électriques cutanés d'intensité progressivement croissante**; par CAPRIATI. (*Ann. di nevrol.* Anno XXI, fasc. V-VI.)

XXXV.— **Les centres optiques primaires après énucléation ou atrophie du globe oculaire**; par GUILLEMAETZ. (*Policlinique de Bruxelles*, 1er sept. 1903.)

Voici les conclusions de l'Auteur. Il y a des relations très étroites entre la rétine d'une part et les centres optiques primaires. Ces connexions sont moins importantes pour le tubercule quadrijumeau antérieur que pour le pulvinar et surtout pour le corps genouillé externe. Ces connexions s'établissent pour les deux côtés au moyen de fibres directes et de fibres croisées. L. W.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

VI. — **La paralysie enfantile**; par GLORIEUX. (*Policlinique de Bruxelles*, 1903, n° 7.)

Revue générale sur ce sujet très important de pathologie infantile : l'auteur insiste sur les phénomènes fébriles fugaces du début. Cette poliomyélite antérieure aiguë laisse l'intelligence intacte. L. W.

VII.— **Aperçu historique sur la pathogénie du bégaiement**; par DECROLY et ROUMA. (*Policlinique de Bruxelles*, 1903, n° 9.)

Première partie très intéressante rappelant toutes les théories émises pour expliquer cette infirmité, depuis les plus anciennes : on peut les rapporter à deux grands types : celles qui l'expliquent par des troubles d'origine centrale, théories toujours plus ou moins vagues ; et celles qui en cherchent l'origine dans des troubles moteurs périphériques de la pointe de la langue, des parties latérales de cet organe, des amygdales, du voile palatin, des cordes vocales. Remarquons avec l'auteur que jusqu'à une époque très récente le bégaiement était confondu avec le bredouillement. L. W.

VIII. — **Paralysies pseudo-bulbaires chez l'enfant**; par DECROLY. (*Policlinique de Bruxelles*, 1903, 1er octobre.)

Affection rare dans l'enfance mais que Dejerine a déjà signalée et dont il a étudié les lésions, tant au niveau du cortex de l'opercule rolandique qu'à celui du genou de la capsule interne. L'auteur en signale un cas très intéressant chez un garçonnet de 10

ans microcéphale et dont le début semble remonter à la naissance ; il rappelle qu'il a observé un cas analogue en 1902. Comme traitement, il propose le placement dans un institut d'arriérés.

L. W.

IX. — **Contribution clinique et critique à l'étude de la catatonie** ; par E. Pasini et G. Madia. (*Ann. di nevrologia.* Anno XXI, fasc. V-VI.

Voici les principales conclusions de cet important travail. La catatonie de Kahlbaum n'est pas une entité clinique ou anatomo-pathologique. Les symptômes décrits comme caractéristiques (stéréotypies du langage parlé et écrit, écholalie, échopraxie, négativisme, stéréotypies des actes et des attitudes, flexibilité cireuse) n'ont rien de pathognomonique par rapport à la maladie même : ils sont les indices d'états psychiques, dans lesquels il y a un rétrécissement plus ou moins grand de la conscience, une suppression plus ou moins grande des fonctions du cerveau, avec résidus de son activité.

Par catatonisme, on doit entendre un état psycho-somatique dans lequel le fait saillant est la flexibilité cireuse des muscles. Il apparaît épisodiquement dans le cours de conditions morbides variées et il est en connexion intime avec la stupeur, à tel point qu'on peut dire qu'il n'y a pas de catatonisme sans stupeur. Le plus ordinairement il suit des formes hallucinatoires.

Le catatonisme, au point de vue symptomatologique, a des points de contact avec la catalepsie provoquée ; au point de vue du mécanisme pathogénique avec l'automatisme somnambulique.

La malléabilité musculaire est un phénomène essentiellement psychique, un fait de suggestibilité partiel, et à ce point de vue le catatonisme peut être considéré comme l'état de suggestibilité partielle de la sphère anesthésico-motrice.

Le négativisme catatonique, qui semble tout à fait opposé à la malléabilité musculaire, n'est que la même tendance à conserver les attitudes, reçues, renforcée par celle à ne pas les changer, du moins passivement. Cette dernière est l'expression de la tendance hostile de l'esprit du sujet devenue automatique.

Le catatonisme est un indice de dégénération de l'organisme psychique ; pour en obtenir les manifestations, il faut une espèce de diathèse organique, qu'on pourrait appeler diathèse catatonique.

Il existe une ressemblance entre les états catatonique, cataleptique ou somnambulique. Dans ces trois états on trouve : 1° ou que quelques zones du cerveau tombent dans l'inertie, tandis que d'autres fonctionnent régulièrement, et d'autres ont même une activité exagérée ; 2° ou bien que l'activité de certaines zones se trouve supprimée, tandis que celles d'autres zones est simple-

ment conservée ; 3° ou enfin qu'il y a une limitation générale de l'activité dans presque toutes les zônes du cerveau ; mais non d'égale degré.

Le phénomène général qui se note dans ces trois états, c'est le déséquilibre, la dissociation de l'activité cérébrale. Si bien que le catatonisme peut être considéré lui aussi comme une expression symptomatique particulière de la dissociation fonctionnelle du cerveau. J. SÉGLAS.

X. — **Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques** ; par NINO SAMAJA. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 1904, n°s 2 et 3.)

D'une série d'expériences, l'auteur tire les conclusions suivantes : La zone corticale motrice est le centre exclusif des convulsions cloniques chez le chien et chez le chat adultes. Le reste de l'axe cérébro-spinal ne peut donner chez ces animaux que des convulsions toniques. Chez les mammifères moins élevés dans la série animale (lapins et cobayes), de même que chez le chien et le chat nouveau-né et chez la grenouille verte, l'écorce motrice n'est pas le siège d'un centre convulsif.

La bulbe ou l'isthme de l'encéphale, chez le cobaye et le lapin, sont le siège de convulsions cloniques. Chez le cobaye et la grenouille verte, le bulbe isolé de l'isthme de l'encéphale est encore le siège d'un centre convulsif clonique.

La moelle dans toute son étendue, chez tous les mammifères, est le siège d'un centre exclusivement tonique ; elle ne provoque jamais de convulsions cloniques. Chez la grenouille verte, la moelle provoque au contraire des convulsions cloniques.

On voit donc que le centre convulsif clonique remonte progressivement dans l'échelle animale, de la moelle jusqu'à l'écorce cérébrale ; bulbo-médullaire chez la grenouille verte, bulbaire chez le cobaye, basilaire chez le lapin, il devient cortical chez le chien et le chat adulte. Chez l'homme, le siège des convulsions toniques est exlusivement basilaire ; celui des convulsions cloniques est cortical. G. DENY.

XI. — **Contribution à l'anatomie-pathologique de l'urémie dans un cas simulant d'abord une tumeur du cervelet, puis une myasthénie, (Maladie de Erb-Murri)** ; par DE LUZENBERGER. (*Ann. de Névrol.* Anno XXII, fasc. I-II.)

XII. — **Etude sur la polynévrite tuberculeuse** ; par COLELLA (*Ann. di névrol.* Anno XXI, fasc. II.)

XIII. — **De l'aphasie amnésique** ; par S. POPOFF. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904.)

Observation avec autopsie d'un homme de 31 ans.

Il s'agissait d'une aphasie motrice transcorticale puisque la parole spontanée était réduite au minimum, alors que le sujet répétait parfaitement les mots entendus. Seulement le malade avait conservé l'écriture spontanée, mais, il est vrai, avec paragraphie. A l'*autopsie*, il existe à gauche un foyer de ramollissement comprenant tout le pied de la 3e frontale, un peu de la seconde frontale, tout l'insula, et la partie antérieure de la première temporale. A droite, ramollissement symétrique de la 3e frontale avec légère destruction des circonvolutions antérieures de l'opercule et de l'insula.

L'auteur insiste sur la persistance sans amélioration du trouble de la parole pendant l'année qui s'écoula à partir de l'ictus. Comment se fait-il que néanmoins le patient demeura capable de répéter, et fort nettement, les mots entendus? La répétition automatique du mot entendu s'explique d'ordinaire par la conservation des fibres d'association qui unissent le centre acoustique de la parole au centre moteur. Mais dans l'espèce, le malade était conscient de la valeur des mots qu'il répétait, ce qui indique que le centre intellectuel coopérait au mécanisme. Il faut donc croire que le centre moteur de la parole comprend un territoire plus grand que celui de la circonvolution de Broca. A côté de cette circonvolution, il doit y avoir un second centre moteur de la parole préformé, centre auxiliaire qui, pour remplir sa fonction fait appel au centre acoustique et optique de la parole.

Conclusions. — 1. Le centre moteur de la parole comprend un territoire qui dépasse un peu les limites de la circonvolution de Broca ; la fonction de ce centre auxiliaire s'effectue par l'intervention tantôt du centre de la parole acoustique, tantôt du centre de la parole optique. —2. L'aphasie motrice transcorticale est produite non pas par la lésion de la voie de communication B. M. du schéma de Lichtheim, qui va du centre intellectuel au centre moteur de la parole, mais par celle de la circonvolution de Broca même. — 3. Le patient pouvant écrire sous la dictée, le centre moteur des mouvements de l'écriture est situé en dehors de la circonvolution de Broca, peut-être dans le pied de la 2e frontale, comme le veulent beaucoup de savants. P. KERAVAL.

XIV. — **Contribution à la pathologie de l'aphasie amnésique** ; par F. QUENSEL. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)

L'aphasie amnésique, c'est l'amnésie verbale. Elle a pour caractère l'impuissance du malade à émettre le mot propre, bien que ce mot lui arrive souvent sans qu'il le cherche, bien qu'il le connaisse, qu'il le comprenne quand il l'entend, qu'il puisse l'articuler lorsqu'il lui arrive.

C'est d'ailleurs une lacune intermittente qui porte surtout sur les substantifs, ceux notamment d'objets concrets ; le patient, par

exemple, ne peut trouver le terme d'un objet désigné. Il n'est question, dans ce mémoire, que de l'amnésie verbale par lésion en foyer du cerveau.

Est-elle le symptôme de la *surdité verbale*, d'une lésion du centre des images phonétiques des mots ? Sans doute, il est de règle qu'une surdité verbale centrale entraîne l'oubli et l'inintelligence des mots ; mais le degré des deux phénomènes et leurs relations de causes à effets ne se correspondent pas invariablement dans les deux cas. N'a-t-on pas décrit un cas de surdité verbale avec destruction bilatérale de la moitié postérieure de la première temporale, dépourvu d'amnésie verbale. Inversement, il existe de l'amnésie verbale en des cas où, abstraction faite des phénomènes apoplectiques, il n'y a jamais eu de surdité verbale. Analysant la paraphasie, commune ou souvent liée à la surdité verbale comme à l'amnésie verbale, M. Quensel pense que la paraphasie présente une indépendance relative de la surdité verbale centrale, et semble généralement l'expression nécessaire de l'amnésie verbale. Ainsi, à l'amnésie verbale appartiendrait la paraphasie vraie ou confusion de mots restés dans leur structure normaux ; de la surdité verbale relèverait la jargonaphasie. Seulement, ces deux espèces de paraphasies se côtoient d'ordinaire. Puis, la paraphasie seule est rare ; elle ressemble à l'achoppement syllabique et est empreinte d'une perturbation nettement motrice. Mais alors, il est difficile d'élucider les rapports de l'aphasie centrale motrice avec l'amnésie verbale, parce que la première, supprimant toute manifestation parlée, la réduit à des débris de mots stéréotypés, et même annihile l'écriture. Quand l'écriture est conservée, l'autopsie, en montrant l'origine centrale des accidents, rabaisse la valeur du centre moteur dans la trouvaille du mot. S'agit-il d'aphasie motrice partielle ou en rétrocession, l'aptitude du malade à trouver les noms d'objets, qui contraste avec une phraséologie des plus défectueuses, tout à fait incorrecte au point de vue grammatical, représente l'inverse exacte de l'aphasie amnésique habituelle. Il est vrai qu'il y a des cas intermédiaires constitués par un mélange de trouble moteur, de trouble sensoriel, et même de paralysie tactile ; il n'y manque que l'autopsie pour préciser.

L'étude de l'*alexie* ou *cécité verbale* nous est, dans l'espèce, utile, car nous rencontrons l'amnésie verbale, dans ses formes les plus pures sans la surdité verbale, avec paraphasie vraie ou simplement avec paragraphie des mots défectueux, généralement liée à l'alexie centrale, et par suite, dans les cas de foyer à localisation identique ou semblable. L'allure des deux syndromes offre une harmonie étendue. Cependant la dépendance de l'une et de l'autre n'est ni absolue, ni univoque. La preuve en est dans l'alexie centrale sans amnésie verbale, ainsi que dans l'amnésie sans alexie (foyer sous-cortical occupant la partie antéro-infé-

rieure du pli courbe ; observation de Henschen). Ainsi s'exprime l'auteur, après avoir procédé à l'analyse des espèces cliniques de l'alexie.

Il termine. Généralement, la représentation mentale d'un objet éveille, avant d'en susciter le nom, l'image du son du mot correspondant. Donc, s'il y a amnésie verbale, c'est que les voies d'association entre les deux complexus sont détruites. Tant que sont conservées les représentations phonétiques des mots, l'interruption n'est pas totale. Ce n'est pas tout à fait ce qui se passe dans l'alexie ordinaire : la dénomination est tantôt possible, tantôt pas : cela ne prouve pas l'impossibilité d'une localisation, mais cela indique une constellation de groupes d'endroits ayant subi une destruction partielle. L'interruption est d'autant plus complète qu'elle se rapproche du centre des images des sons, des mots, et, cependant, même lorsque ce centre est complètement détruit, l'amnésie verbale n'est pas nécessairement totale. N'oublions pas que les mouvements de l'écriture sont aptes à ressusciter le souvenir du nom de l'objet (Sommer). Par contre, l'alexie s'allie fréquemment à l'amnésie ; il y a donc identité partielle de leurs substratums anatomiques.

En ce qui concerne le centre des représentations mentales des mouvements des mots, il existe des syndromes de transition entre l'aphasie motrice et l'amnésie. En revanche, il est probable que leur simple perte touche le moins la capacité de dénommer les objets. Il y a lieu de croire, quant aux images mentales des objets, que lorsqu'il n'arrive plus à l'hémisphère gauche certaines propriétés sensorielles de ces derniers, lorsque les fibres de la couronne rayonnante et des corps calleux sont interrompues, le sujet est incapable d'en trouver le nom: c'est l'*amnésie verbale sous-corticale spécialisée*. Mais évidemment, des conditions anatomiques y sont peu favorables. Tout ce que nous savons, c'est que l'alexie sous-corticale vraie procède souvent par aphasie optique : incapable de dénommer les objets qu'il voit, le malade les reconnaît par le tact, l'ouïe, etc...; au contraire, dans l'amnésie verbale, la persistance des propriétés sensorielles ne change rien à la dénomination. Bonhœffer dans un cas d'amnésie verbale considérable avec cécité verbale a vu le patient désigner les objets perçus par l'ouïe. La désignation des qualités gustatives et objectives demeure, dans l'amnésie, fréquemment assez bonne. Il y a des cas où, la perception des objets par leurs propriétés sensorielles étant intacte, la faculté de distinction d'objets divers par une seule de leurs qualités organoleptiques se trouve oblitérée. S'il n'y a pas alors de trouble dans les complexus conceptuels verbaux, il faut bien croire à un foyer occupant des postes relativement limités de connexion associative entre ces complexus verbaux et les autres complexus conceptuels des objets. Mais ce

n'est point un centre spécial, une fonction particulière ; ce serait encore moins un centre spécial que dans l'alexie. Il s'agirait en gros du pli courbe, de la partie postérieure du lobule pariétal inférieur (supramarginal), et de l'extrémité postérieure des 2[e] et 3[e] temporales du côté gauche, tandis que les centres de la parole moteur et acoustique ne seraient que limitativement rapportables à ces mêmes régions. P. KERAVAL.

XV. — **Observation d'agraphie isolée et d'amnésie** ; par W. ERBSLŒH (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)

Une femme de 63 ans, mentalement normale est, sans ictus, apparent, atteinte pendant huit jours d'agraphie. En même temps lacune de la mémoire qui dure, elle, six semaines ; incapable de fournir des renseignements sur son adresse, sa famille, son passé, elle est incapable de se repérer, bien qu'elle se rende compte de ce qui se passe autour d'elle. Ces troubles disparaissent à leur tour mais après un intervalle de dépression passager.

De même, fait remarquer M. Erbslœh que dans l'aphasie amnésique nous pouvons rencontrer un oubli des images phonétiques des mots qui contraste avec la persistance de la compréhension de la parole, de même, chez cette malade, il y avait amnésie à l'égard des événements antérieurs de sa vie, tandis qu'elle conservait la faculté de reconnaître les objets et personnes du passé à l'aide de la vue et de l'ouïe. Au début de l'affection, elle ne pouvait retrouver dans sa mémoire les images optiques de l'écriture, bien qu'elle conservât totalement la faculté de lire, et cependant elle était hors d'état de se représenter les évènements passés bien qu'elle eût encore l'intelligence des objets de ce passé.

Tout ceci est en faveur d'un trouble circulatoire dont la localisation reste indécise. P. KERAVAL.

XVI. — **Observation de paralysie de l'oculomoteur externe et de parésie des membres à la suite d'une fracture du crâne** ; par E. BLOCH. (*Neurolog. Centralbl.* XXIII. 1904.)

Il s'agit d'un homme de 53 ans, qui reçoit sur le côté droit de la tête une solive de 6 mètres 1/2. Il se produit une fracture de la base indiscutable.

C'est deux mois après l'accident que le voit M. Bloch.

Il existe une paralysie de l'oculomoteur externe du côté droit ; les membres du même côté sont parésiés. Seul les muscles de l'œil, l'oculomoteur externe est atteint, car la distance en hauteur des images doubles n'augmentent ni quand le patient regarde en haut, ni quand il regarde en bas, ainsi que cela eût été le cas s'il y avait eu coparticipation de l'oblique supérieur ou de

l'oblique inférieur. Par contre les images se rapprochent toujours à un quart de pouce.

On obtient une amélioration par des injections hypodermiques de strychnine (dose quotidienne 0,003 mill.) combinées à la faradisation transversale du crâne.

Finalement, après trois semaines de ce traitement, le malade n'a plus de diplopie que lorsqu'il regarde à droite. Il sort avant guérison, quinze jours plus tard.

L'auteur pense que l'hémorrhagie résultant de la fracture du rocher a comprimé, à la base du crâne, l'oculomoteur externe: elle s'est résorbée lentement. S'il y avait eu hémorrhagie dans le noyau même du nerf, le facial eût été simultanément atteint.

La parésie des membres droits s'explique par quelques hémorrhagies miliaires de la protubérance à gauche après le départ des fibres corticales du facial. P. Keraval.

XVII. — **Contribution à la valeur pronostique des phénomènes catatoniques** ; par R. Gaupp. (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, XXVI, N. F. XIV, 1903). **Contribution à la genèse de quelques symptômes dans l'état catatonique**: par W. Alter. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.) **La catatonie en tant que forme indépendante de trouble mental** ; par W.P. Ossipow. (*Obozrénié psichiatrii* IX, 1904.) **Contribution à l'étude de la catatonie**; par S. Jaroschewsky. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

M. Gaupp insiste sur ce point. Certains malades atteints d'excitation catatonique pure ou de stupeur passive (immobilité sans tension musculaire ni négativisme) ont pu paraître et demeurer en apparence guéris pendant un temps assez long. Mais tôt ou tard la maladie a reparu ; cette fois elle ne s'est qu'améliorée. Plus les attaques aiguës ont été fréquentes, plus incomplètes ont été les rémissions ; finalement s'est établi un déficit se traduisant par les éléments évidents de la démence précoce. Nombre de ses malades ayant comme dans le cas de Meyer (*München.medic. Wochenschrift*, 1903, n° 32), guéri d'une première stupeur sont ultérieurement devenus déments catatoniques.

Pour M. Alter, il est hors de doute que le *négativisme* peut procéder de deux mécanismes. Il peut dépendre d'une modification primordial de l'appareil moteur. Il peut aussi émaner de sensations et d'idées délirantes. Dans le premier cas, il existe un trouble de la balance normale entre les muscles protagonistes et les muscles antagonistes. Dans le second, l'aperception, qui n'est que l'introduction dans le foyer de l'énergie psychique d'un groupe cérébral déterminé, exercera une action extinctive; elle arrêtera le mécanisme psychomoteur au lieu de le déterminer comme elle le fait normalement ; il y a lieu de supposer une altération du

métabolisme, de la structure chimique ou moléculaire des éléments nerveux. On peut concevoir les deux espèces de genèses pour l'automatisme, les phénomènes de répétition et d'échos, les mouvements cataleptoïdes ; mais ils seraient moins la manifestation d'une perturbation de la motilité que les conséquences de troubles intra-psychiques dans une localisation qui rigoureusement appartiendra à l'élément psychomoteur.

M. Ossipow admet le syndrome de Kahlbaum connu sous le nom de *catatonie*. L'évolution clinique et la symptomatologie permettent d'en admettre une forme indépendante ; c'est surtout l'évolution qui juge le diagnostic. Les mêmes symptômes se peuvent montrer en d'autres psychoses. Il n'y a pas lieu d'englober la catatonie dans la démence précoce, car la catatonie n'est pas seulement une affection de la jeunesse ; on la rencontre encore plus tard et jusqu'après la fin de la période du développement sexuel. Il n'est pas obligatoire que la catatonie se termine par la démence ; elle peut guérir sans présenter de rémissions et cette guérison peut persister des dizaines d'années, à ce point que les anciens malades s'acquittent de besognes fort complexes et fort délicates comme en exige la profession médicale. Le type thermique inverse s'observe assez souvent dans la période de stupeur. La genèse de la catatonie n'est pas établie ; il semble qu'au premier plan agisse l'hérédité ;les autres agents pathogènes ne sont guère que des adjuvants, des éléments provocateurs. Il n'y a pas de raison de croire à une auto-intoxication par résorption des produits des glandes sexuelles chez des continents ; que de catatoniques se sont masturbés longtemps avant que se développe la maladie ; combien aussi n'ont jamais présenté d'interruption dans les fonctions sexuelles. Les lésions cérébrales microscopiques constatées chez le catatonique n'ont rien de spécifique ; elles ne peuvent donc témoigner en faveur de l'autonomie de la maladie.

M. Jaroschewsky publie une observation qui constitue le type le plus simple de la *catatonie* ; on y trouve les symptômes cardinaux : immobilité, négativisme, stéréotypie, catalepsie. Le malade, un dessinateur de plans de 24 ans, n'a ni grandi, ni été éduqué dans les milieux que le professeur Tchije et quelques psychiatres considèrent comme la condition *sine quâ non* de la maladie. Les catatoniques de M. Tchije étaient des villageois, esthoniens, chastes, chez qui l'affection s'était développée à la période de la maturité sexuelle. Par conséquent conclut M. Jaroschewsky la catatonie, si elle possède tous les éléments propres à lui assurer l'autonomie, est encore quelque peu énigmatique. P. Keraval.

XVIII. — De la participation du muscle orbiculaire palpébral aux paralysies faciales corticales et sous-corticales ;

par W. Bechterew (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903. *Centralblatt für Nervenheïlkunde*, XXVII, N. F. XV, 1904.)

Pourquoi dans les paralysies corticales et sous-corticales du facial, la région supérieure du facial ne participe-t-elle pas à la paralysie ?

Les auteurs ont supposé que l'innervation corticale de la branche supérieure du facial était bilatérale. En effet, on constate expérimentalement que la branche supérieure du facial possède dans l'écorce des centres absolument individuels, disposés chez le singe dans les segments postérieurs de la deuxième frontale ; ils sont topographiquement distants des centres du facial inférieur. Il en est de même chez le chien. En outre l'excitation de l'écorce réagit des deux côtés sur toutes les parties de la face et de la tête innervées par le facial supérieur, il suffit de l'exciter d'un côté pour que l'animal élève les deux sourcils, ferme les deux paupières, fasse mouvoir les deux oreilles. Il n'y a que quelques muscles du pavillon de l'oreille qui possèdent l'innervation croisée : l'élévation et l'abaissement des paupières sont toujours bilatéraux. Même mécanisme avec prédominance du côté opposé, pour l'occlusion ou le clignotement palpébral. Voilà pourquoi l'ablation des centres corticaux du facial supérieur ne détermine pas des troubles moteurs notables dans la partie supérieure de la face des deux côtés.

Néanmoins chez l'homme les paralysies corticales et subcorticales du facial supérieur qui tiennent à une lésion des centres du facial supérieur s'accompagnent de troubles de l'orbiculaire des paupières. Le malade peut généralement encore fermer les deux yeux en même temps, il peut aussi fermer l'œil correspondant à la lésion tandis qu'il maintient ouvert l'œil opposé ; mais il est incapable de fermer seul ce dernier en maintenant l'autre ouvert, quand il ferme l'un il ferme involontairement l'autre. Et, par contre, la fermeture réflexe des paupières demeure intacte. Ce symptôme prend une signification toute particulière dans les paralysies centrales à foyer placé au-dessus du noyau du facial ; il témoigne de l'atteinte concomitante des voies ou centres du facial supérieur. L'auteur l'a observé dans les hémiplégies capsulaires ou corticales, quand le foyer s'étendait aux centres ou voies de facial supérieur qui passent par la portion antérieure de la capsule interne dans le voisinage de son genou. Il l'a noté seul dans un cas où il y avait eu d'abord hémiplégie droite ; on ne constatait plus de paralysie de la face ou des extrémités. Le même symptôme peut constituer le résidu de paralysies faciales périphériques guéries ; le malade, en ce cas, pouvait fermer les deux yeux simultanément, fermer aussi l'œil homonyme seul ; il était incapable de fermer l'œil hétéronyme seul, cette tentative entraînant, malgré lui, l'occlusion des deux yeux.

Ce symptôme, cela va de soi, n'a de valeur que dans les cas où les patients, avant leur affection, étaient capables d'ouvrir un œil en laissant l'autre fermé. Il y a en effet bien des gens qui ne le peuvent soit pour un côté, soit pour les deux. D'ordinaire les malades savent si avant d'être atteints, ils étaient ou non en état d'ouvrir à tour de rôle chaque œil en maintenant l'autre fermé ; ce qui donne de la valeur au phénomène dans les cas morbides en question. P. KERAVAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VII. — **Action de la pyridine sur le tissu nerveux et méthode pour la coloration élective du réticulum fibrillaire endo-cellulaire et du réticulum périphérique de la cellule nerveuse des vertèbres** ; par DONAGGIO. (*Ann. di nevrol.* Anno XXII, fasc. I-II.)

VIII. — **Valeur diagnostique de la ponction lombaire** ; par BADUEL. (*Riv. crit. de clinica medica*, 1904, nos 11 et 12).

L'auteur rappelle tout d'abord la technique de la ponction de Zunicke et indique les complications assez bénignes d'ailleurs de cette légère intervention il faut faire exception dans les méningites aiguës et dans les tumeurs cérébrales où l'on a vu des accidents mortels. Puis il indique les différents caractères physico-cliniques du liquide céphalo-rachidien normal. Il passe en revue divers états pathologiques : 1° méningite tuberculeuse où l'on peut constater une élévation du point de Δ, la présence de flocons blancs avec augmentation de la quantité d'albumine, la forme spéciale du coagulum fibrineux, la présence des leucocytes mononucléaires et plus rarement polynucléaires, et dans les trois quarts des cas celles des bacilles de Koch. Le liquide retiré inoculé à des animaux donne un résultat positif (Widal et Lesourd) ; 2° dans le méningisme de Dupré : hyperhydrose cérébro-spinale surtout chez l'enfant, infiltration leucocytaire le long des vaisseaux. L'examen bactériologique et la culture donnent des résultats négatifs. Mais toutes les transitions existent entre le méningisme et la méningite : on a pu chez des enfants arthritiques déterminer la formation de cristaux d'acide urique dans le liquide céphalo rachidien par la méthode de Garrod ; 3° dans la méningite infectieuse le liquide d'abord séreux puis trouble, puis séro-fibrineux, devient purulent, sa couleur est jaune, rose, noirâtre et même hémorrhagique : il est caractérisé par sa richesse en polynucléaires : on y trouve des microbes méningocoques de

Weichselbaum, diplocoque de Frænkel dans la forme épidémique, le staphylocoque, le bacterium coli, le bacille d'Eberth, le diplocoque, le bacille de l'influenza ; 4° tumeurs et abcès cérébraux : il faut éviter la ponction lombaire dans les cas anciens : augmentation de la quantité de liquide céphalo-rachidien, la pression peut atteindre 300, 400 grammes. Dans le cas d'abcès le liquide retiré par la ponction indique si oui ou non les méninges participent à la lésion et par conséquent donne une indication opératoire précise ; 5° hémorrhagies spinales, méningées, lésions traumatiques, thrombose des sinus. Le liquide étiré est hémorrhagique (chromo diagnostic) ; 6° maladies chroniques du système nerveux : paralysie générale, tabes, épilepsie, sclérose en plaques ; le liquide paraît normal, la pression est augmentée, lymphocytose type de polynucléaire dans le tabes et la paralysie générale, fréquence des éosinophiles dans la sclérose en plaques et la syphilis cérébrale ; 7° hydrocéphalie chronique, abondance du liquide et de la pression, pauvreté en albumine ; 8° rachitisme, augmentation du liquide par lymphogegèse exagérée, jamais de flocons d'albumine ; 9° dans la pellagre le pouvoir réducteur est assez faible ; 10° dans la forme grave de la chlorose augmentation de pression et de quantité du liquide céphalo-rachidien ; 11° l'ictère chronique est la seule forme de la maladie où le liquide céphalo-rachidien soit coloré en jaune ; 12° diabète augmentation du sucre ; 13° dans l'uremie richesse en urée ; 14° la rage humaine peut être reproduite par l'inoculation du liquide céphalo-rachidien (Pasteur). L. Wahl.

IX. — **Disparition de douleurs lancinantes très violentes chez un tabétique à la suite de 28 injections d'émulsion de bulbe antirabique** ; par L. Stembo. (*Neurolog. Centralb.*, XXIII, 1904.)

Il s'agit d'un général de 49 ans, atteint de syphilis à 22 ans. Depuis 1896, douleurs lancinantes extrêmes, térébrantes et gravatives, surtout dans les cuisses et les fesses. En 1899, un traitement antisyphilitique ne les modifie pas ; même insuccès de médicaments calmants, y compris la morphine et l'électricité. Au commencement de 1902, ayant été mordu par un chien enragé, le malade va à Varsovie où en 14 jours on pratique les injections en question. Dès lors cessation complète des douleurs ; le tabes reste même stationnaire. P. Keraval.

X. — **Contribution au traitement de l'épilepsie par le sérum sanguin** ; par H. Gerhartz. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Deux jeunes malades sont depuis longtemps atteints d'épilepsie typique sans hystérie. On pratique chez eux des injections soit

de leur propre sérum, soit du sérum sanguin d'autres épileptiques. Dix injections ont été faites, dans les mêmes conditions de manière de vivre et de régime. Ces injections se sont traduites dans le torrent circulatoire par la multiplication des leucocytes polynucléaires et des formes intermédiaires aux dépens des petites et grandes cellules mononucléaires et éosinophiles.

Deux tableaux enregistrent : l'époque de la saignée par rapport à un accès ; l'époque du sérum recueilli par rapport à la saignée; la date des injections ; la quantité du sérum injecté en centim. cubes ; l'accès le plus proche à la suite des injections ; le genre et le nombre des accès à la suite de la dernière injection.

Le sérum qui fournit chez les deux malades le résultat le plus favorable fut celui qui fut extrait le plus tôt possible du sang tiré à la suite d'un accès grave et qui provint d'un autre épileptique que le malade auquel il fut injecté.

Mais, ni pendant le temps du traitement spécial, ni ultérieurement, c'est-à-dire pendant six mois plus tard, il ne s'est manifesté d'influence efficace et permanente sur le nombre et la gravité des accès. Il n'en faut pas moins étendre le champ des expériences, car cette pratique est inoffensive ; bien qu'on eût suspendu le bromure, les attaques n'augmentèrent pas de nombre. C'est donc un succédané du traitement bromuré quand celui-ci dégoûte le patient ; peut-être est-ce parce que le sérum est chargé de la substance active. Il n'a pas été constaté d'action favorable sur l'état mental ni sur le poids du corps. Il faut aussi éliminer l'effet suggestif, les patients n'ayant que très peu de confiance en ces injections. P. KERAVAL.

XI. — **L'isolement des aliénés** ; par G. BOÏNO-RODZEWITSCH. (*Obozrénié-psichiatrii* IX, 1904.)

L'isolement, en formelle contradiction avec le no-restraint, inconciliable avec l'alitement, est plutôt nuisible à l'observation des malades. Il est directement et indirectement défavorable à l'état mental des malades qu'il peut précipiter dans la dégénérescence. On n'a jamais pu en démontrer les indications thérapeutiques ; en revanche il est susceptible de provoquer et d'augmenter l'agitation. S'il met à l'abri des sources d'excitation extérieures, l'action de la cellule est infidèle et inconstante ; elle est avantageusement remplacée par l'alitement dans des dortoirs ou dans des chambres séparées.

Mais pour remplacer l'isolement il faut employer l'alitement. Il faut aussi se servir largement de la balnéothérapie. Il faut encore une judicieuse organisation de l'hôpital ; si l'on n'arrive pas à répartir convenablement les aliénés et sans gêne, on ne peut réaliser l'alitement dans son plein. Un autre gage de succès, c'est l'individualisation rigoureuse des malades ; ceux-ci doivent être

soignés pour ainsi dire un à un : c'est par une observation attentive, par un savoir-faire prudent qu'on prévient le développement de l'agitation. Celle-ci est plutôt un produit artificiel qu'un symptôme naturel de l'affection mentale. Sans doute les agents hydrothérapiques et pharmaceutiques sont utiles. Mais l'alimentation exerce sur les sujets une influence favorable, elle doit être appropriée au but qu'on se propose tant en ce qui concerne la quantité qu'en ce qui regarde la qualité. P. KERAVAL.

XII. — **De l'avènement du no-restraint en Russie** ; par P.-A. OSTANKOW. (*Obozrénié psichiatria*, VIII, 1903.)

C'est Saint-Pétersbourg qui a donné l'exemple. J. M. Buinski a été le Pinel de la Russie. Ses élèves B. A. Schpakowski, L. F. Ragozine, M. P. Litwinow, ainsi que le professeur Frese, de Kazan, ont appliqué les idées de Conolly, et ont, les premiers, parlé du no-restraint absolu. Enfin, à Moscou, S. S. Korsakow s'en est fait le champion et les hôpitaux territoriaux du rayon de la grande ville lui sont redevables de son introduction. Le no-restraint absolu n'a cependant point encore triomphé, bien que l'on s'accorde à n'appliquer la contention que dans des cas tout à fait exceptionnels, dans ceux, par exemple, d'automutilation.

P. KERAVAL.

ASILES D'ALIÉNÉS

I. — **Situation de l'assistance des aliénés dans le duché de Bade** ; par GAUPP. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXV, N. F. XIII, 1902.)

Partout les maladies mentales augmentent, partout l'encombrement des établissements : malgré les 5 asiles d'état, Illenau, Emmendingen, Pforzheim, cliniques d'Heidelberg et de Fribourg ensemble 2395 lits, malgré trois asiles privés pour la jeunesse, malgré les 9 hospices cantonaux qui assistent plus de 600 aliénés chroniques, la commission nommée pour étudier les mesures à prendre montre que d'ici à 1915 il faudra 2010 lits nouveaux. Il faut créer deux nouveaux asiles et en attendant utiliser le plus grand nombre des lits disponibles en renvoyant le plus grand nombre d'aliénés calmes possible dans leurs communes et leurs familles.

Cette commission propose la division des asiles en asiles d'aigus et asiles de chroniques. Pour les premiers ce seraient : Heidelberg région du Nord ; — Illenau, région du centre ; — Fribourg, ré-

gion du Sud. On supprimerait le vieil asile de Pforzheim et on le remplacerait par un nouvel établissement affecté aux chroniques près d'Heidelberg, de 700 à 800 lits, avec exploitation agricole : il desservirait la région de Nussloch. Le bel asile moderne d'Emmendingen deviendrait un asile de chroniques et recevrait ses malades d'Illenau et de Fribourg. Au Sud-Est on construirait un petit asile mixte qui recevrait les aigus de sa circonscription et garderait ses chroniques : région de Constance : 300 à 400 lits. Quatre circonscriptions d'assistance sans privilège pour les cliniques. Vives critiques de l'auteur. Tous les établissements du duché auraient le droit d'avoir un pensionnat.

Les criminels aliénés seraient traités dans un pavillon annexe du nouvel asile voisin d'Heidelberg de 20 à 25 lits. On ne dit pas si l'on y mettra à la fois les criminels aliénés et les aliénés criminels.

Tout près de l'asile d'Illenau, on érigerait un sanatorium populaire pour affections nerveuses telles que névropathies et psychopathies à la limite de la folie, héréditaires dégénérés, hystérie traumatique. Un asile pour buveurs serait aussi construit près d'Illenau, 50 lits. Critiques de M. Gaupp.

Et malgré cela, la commission avoue qu'on manquera de places. On devra avoir recours à d'autres institutions telles qu'hospices cantonaux mais en les transformant, en mettant à leur tête un psychiatre résident, en leur imposant un plus grand nombre d'infirmiers, en les obligeant au choix des malades en rapport avec leur destination. Les professeurs de clinique mentale et les neurologistes n'ont pas fait partie de cette commission.

P. KERAVAL.

II. — **Dispositions sur les asiles et les aliénés**; par BIANCHI. (*Ann. di nevrol*, Anno XXI, fasc. V-VI.)

III. — **Histoire de l'assistance des aliénés en Russie**, par MALTZEW et ERIKSON. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903, IX 1904).

Nous ne pouvons que signaler à la curiosité des chercheurs les titres de ces travaux.

1° Matériaux pour servir à l'histoire de l'hospitalisation des aliénés dans la Russie méridionale, par A. F. Maltzew (*Obozrénié*, 1903, n° 1.) — 2° Développement de la folie et aperçu sur cette affection dans la Russie ancienne (même auteur. *Ibid.* 1903, n°s 2 et 3.) — 3° Histoire des maladies mentales et nerveuses au Caucase, par E. W. Erikson (*Ibid*, 1903, n° 3.) — 4° Les hôpitaux des cloîtres et des paroisses dans la Russie ancienne et leurs relations avec les aliénés, par A. P. Maltzew, (*Ibid.* 1903, n° 4.) — 5° Confréries et hôpitaux dans le Sud-Est de la Russie et la petite Russie

(même auteur; *Ibid.* 1903, n° 5.) — 6° **Le rôle des couvents et autres établissements dans l'assistance des aliénés aux XVII° et XVIII° siècles, avant l'ouverture des comités d'assistance publique, dans la petite Russie** (même auteur; *Ibid.* 1903, n° 6.) — 7° **Situation sociale des psychopathes et névropathes dans la Transcaucasie, aujourd'hui et jadis, par E. W. Erikson** (*Obozrénié*, 1904, n° 1.) P. Keraval.

IV. — **La répartition de l'assistance psychiatrique des Zemstwos au sein de la population**; par N. A. Wyroubow. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

Après avoir démontré par des tableaux statistiques que les hôpitaux d'aliénés des provinces (gouvernements) russes sont incapables de desservir équitablement les différents districts, M. Wyroubow propose d'installer un hôpital de 50 à 60 lits pour deux ou trois districts. On y admettrait les affections récentes, et on le doterait du même personnel hospitalier que celui qu'on assigne actuellement, dans les hôpitaux centraux, à toute nouvelle section. Il est fort probable que ces petits établissements coûteraient moins cher que les grands asiles. C'est ce qui a lieu pour les hôpitaux de district ordinaires; la décentralisation ouvrirait ainsi une voie nouvelle à l'assistance des aliénés en général. P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 18 novembre 1904. — Présidence de M. Brunet.

Folie à double forme avec syndrome paralytique.

MM. Doutrebente et Marchand communiquent l'observation d'un malade suivi pendant 17 ans. Il s'agit d'un syphilitique atteint de folie à double forme et présentant le syndrome paralytique avec accidents épileptiformes, à l'autopsie duquel on trouva des lésions diffuses, une gomme du cervelet avec pachyméningite.

M. Ballet. — Quelle était la durée des périodes délirantes?

M. Doutrebente. — Plusieurs années.

M. Pactet. — Les lésions diffuses permettent de penser à la paralysie générale.

M. Vallon ne croit pas que le diagnostic de folie circulatoire soit justifié, parce que les circulaires ne tombent jamais dans la démence.

M. Toulouse constate que la paralysie générale peut débuter par le syndrome intermittence.

Psychose polynévritique avec insuffisance hépatique.

MM. Jaquelin et Perpère rapportent l'observation d'une malade du service de M. Dupain, à Vaucluse, présentant le syndrome de Korsakoff. Pour expliquer les lésions de polynévrite observées à l'autopsie, les auteurs, écartant une affection urinaire à laquelle le malade a succombé, les attribuent à l'alcoolisme chronique et à une insuffisance hépatique manifeste.

M. Dupré rappelle que M. Maurice Faure a publié un cas analogue, avec insuffisance hépato-rénale, et ajoute que, de l'aveu de Nissl lui-même, on ne doit pas attacher une trop grande importance à la chromatolyse. Ce sont là des lésions banales constatées souvent dans la tuberculose et la fièvre typhoïde.

M. Ballet reconnaît que si les lésions des cellules ne sont pas spécifiques d'une psychose polynévritique, elles n'en constituent pas moins une lésion tendant à attribuer une certaine durée à l'injure toxique qui les a provoquées.

Paralysies générales de longue durée.

M. Brunet communique les observations de quatre malades chez lesquels la paralysie générale a duré de 10 à 30 ans.

M. B.

Séance du 19 décembre 1904. — Présidence de M. Brunet.

Elections. — Après élections, le Bureau est ainsi constitué pour 1905 : Président : M. Vallon ; vice-président : M. Marcel Briand ; secrétaire général : M. Ritti, secrétaires des séances : MM. Dupain et Vigouroux ; trésorier : M. Antheaume ; Bibliothécaire-archiviste : M. Boissier.

Le Conseil de Famille est constitué par les membres du Bureau auxquels sont adjoints les deux derniers présidents.

Comité de publications : MM. Briand, Legras, Pottier.

Commission des Finances : MM. Christian, et Semelaigne.

Les escharres de la paralysie générale.

MM. A. Vigouroux et Saillant rapportent les observations de deux paralytiques généraux, à l'autopsie desquels on trouva des lésions de la moelle, caractérisées par une myélite avec périartérite, pouvant expliquer les escharres. M. Vigouroux insiste sur ce point que, lors de la discussion de sa précédente communication sur deux cas d'escharres fessières consécutives à des ictus, il avait été dit que les escharres étaient toujours d'origine médullaire. Dans l'un des cas communiqués aujourd'hui, l'escharre sacré avait été provoqué par un furoncle.

M. Dupain admet la fréquence des escharres dans la paralysie générale, mais, s'il croit que des mesures de prophylaxie soigneusement prises peuvent souvent en retarder et même en empêcher la production, il reconnaît aussi que dans certains cas rien ne peut s'opposer à cette complication.

M. Arnaud. — La plupart des auteurs français et étrangers affirment que les escharres constituent une complication inévitable de la paralysie générale et cependant beaucoup de publications donnent la preuve, qu'avec certains soins, on peut souvent les éviter.

M. Toulouse croit que les escharres, étant le plus souvent la conséquence des troubles trophiques, la malpropreté n'est qu'une cause occasionnelle qui en détermine l'apparition.

M. Christian attache une grande importance au couchage, dans la production de la lésion cutanée qui se transforme plus tard en escharre ; mais il estime cependant que celle-ci étant d'origine médullaire, on peut parfois l'empêcher de se produire.

M. Vigouroux maintient que le mode de couchage n'a qu'une importance relative : certains paralytiques ont rapidement des escharres alors que d'autres, couchés dans les mêmes conditions, n'en ont jamais.

M. Arnaud. — Le jour où les médecins et le personnel infirmier seront convaincus que les escharres peuvent être évitées, on n'en verra plus.

M. Brunet. — Il me paraît utile de rappeler que c'est à Archambault que nous devons l'amélioration du couchage des gâteux.

Aliénés simulateurs.

M. Vigouroux communique deux observations d'aliénés simulateurs. L'une est celle d'un débile de caractère instable, vagabond et voleur, qui simula la folie pour se faire interner et argua ensuite de sa qualité de voleur pour obtenir sa mise en liberté. L'autre a trait à un persécuté qui, pour se faire interner et fuir ses persécuteurs, a simulé un délire de persécution, autre que celui dont il était réellement atteint.

M. Legrain. — J'ai dans mon service un malade qui m'a été envoyé de la prison de la Santé. Il m'a avoué qu'il avait simulé un délire alcoolique pour être envoyé dans un Asile, mais j'ai constaté aussi qu'il était en proie à des idées très actives et très anciennes de persécution.

M. Thivet. — Chacun sait que les simulateurs sont le plus souvent des débiles.

M. Colin.—Si les débiles ne peuvent toujours être gardés dans les asiles, il arrive aussi qu'ils soient incapables de vivre en liberté. Il leur faudrait un régime spécial.

M. Vigouroux. — J'ajoute qu'ils constituent une plaie pour les

asiles. On ne peut, en effet, les maintenir indéfiniment enfermés dans les quartiers et dès qu'ils ont un peu de liberté, ils en profitent pour s'évader.

Aphasie motrice à répétition chez une morphinomane.

MM. ROY et JAQUELIN donnent lecture de l'observation d'une vieille morphinomane qui, à la suite de légers éblouissements, était subitement prise d'aphasie motrice corticale.

Elle eut une dernière crise au cours de la démorphrnisation. Cette malade était hystérique. Les auteurs pensent que cette aphasie transitoire était due à l'intoxication morphinique.

M. RITTI croit que le titre qui conviendrait le mieux à la communication de MM. Roy et Jaquelin serait le suivant : « Aphasie motrice chez une hystérique, sous l'influence de l'intoxication morphinique ».

M. B.

Séance du 30 janvier 1905.— PRÉSIDENCE de M. VALLON.

M. BRUNET, président sortant, s'excuse de ne pouvoir, pour raison de santé, procéder à l'installation de son successeur M. Vallon, qui de vice-président qu'il était, passe de droit à la présidence.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'allocution dans laquelle M. Brunet, faisant la revue des travaux de la Société, dans le cours de l'année 1904, souhaite la bienvenue à M. Vallon et le félicite du rétablissement de sa santé.

M. VALLON, en prenant possession du fauteuil de la présidence, remercie ses collègues des témoignages de sympathie qu'ils lui ont adressés à l'occasion de son accident, dont il est d'ailleurs aujourd'hui complètement remis. Il fait appel aux jeunes en les invitant à apporter à la Société le fruit de leurs observations à la condition qu'elles soient bien prises.

M. BRIAND adresse ses remerciements à la Société pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant au Bureau. Il se félicite de ce que la guérison de son ami M. Vallon fera de la vice-présidence une véritable sinécure.

Commission des Prix.

Prix Belhomme (2 mémoires). Commission : MM. BLIN, DENY, CHASLIN, KÉRAVAL, J. VOISIN.

Prix Esquirol (5 mémoires). Commission : MM. ANTHEAUME, ARNAUD, CHRISTIAN, DUPAIN, POTTIER.

Prix Moreau, de Tours (8 mémoires) Commission : MM. BALLET, BRUNET, MOREAU (de Tours), PACTET, TOULOUSE.

Les lésions des neurofibrilles dans la paralysie générale.

M. G. Ballet. — M. J. Dagonet, en faisant connaître le résultat de l'examen histologique de l'écorce cérébrale qu'il a fait, par la méthode de Ramon y Cajal, exprime l'opinion que, dans la paralysie générale, les neurofibrilles ne sont pas lésées. Je fais passer sous vos yeux quelques préparations où il est possible de voir que, si certaines cellules et neuro-fibrilles paraissent intactes, la plupart sont lésées. On constate en particulier que la plupart des neurofibrilles sont ou ondulées ou complètement brisées.

Alcoolisme et dipsomanie.

M. Gimbal communique l'observation d'une dipsomane chez laquelle les accès se produisaient sans être précédés de cette période, sur laquelle M. Magnan a beaucoup insisté dans ses leçons, et au cours de laquelle les dipsomanes essaient vainement de résister à leur penchant. Cette aliénée, d'ailleurs alcoolique chronique, eut aussi des impulsions au suicide.

M. Vallon. — Les alcooliques peuvent parfois devenir dipsomanes, ainsi que l'a indiqué M. Ball.

M. Gimbal. — Un malade, qui buvait, même en dehors de ses accès, vient à l'appui de cette thèse.

Troubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée.

M. Charpentier donne lecture en son nom personnel et au nom de M. Halberstadt de l'observation d'une femme qui, travaillant depuis de nombreuses années dans le caoutchouc, devint aliénée. Les phénomènes morbides qu'elle présente actuellement peuvent être classés en trois groupes :

a) Quelques stygmates d'hystérie ;

b) Idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe ;

c) Signes ressemblant à ceux de l'alcoolisme avec perte de sommeil.

Ce sont précisément ces signes qui ont amené son internement ; elle a eu à un moment donné un raptus hallucinatoire et a fait une fugue, suivie d'amnésie.

Les auteurs attribuent à l'intoxication sulfo-carbonée, les troubles délirants présentés par leur malade.

M. Vallon pense que des intoxications diverses peuvent réveiller des manifestations d'hystérie latente.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 12 janvier 1905.

Méningo-myélite.

MM. Mosny et Malloizel montrent une jeune femme chez laquelle ils ont hésité à diagnostiquer une polynévrite ou une méningo-myélite ; la constatation de la lymphocytose les fit pencher vers ce dernier diagnostic, que la marche de la maladie, très améliorée d'ailleurs, a confirmé.

Syndrome de Bénédict. Pathogénie du tremblement.

MM. L. Lévi et Bonniot montrent un homme atteint d'hémiplégie droite incomplète avec paralysie partielle de la 3e paire gauche. Le membre supérieur droit est d'autre part animé d'un tremblement intentionnel marqué, il y a en outre asynergie cérébelleuse et diadococinésie. Il s'agit d'une lésion du pédoncule cérébelleux au-dessus de son entrecroisement intraprotubérantiel.

Névrite toxique.

M. Babinski présente un cultivateur qui manie journellement des superphosphates comme engrais chimiques ; les muscles postérieurs de l'avant-bras sont atteints de paralysie avec réaction de dégénérescence.

Formes frustes de lésions du système pyramidal.

M. Babinski montre une jeune fille atteinte d'épilepsie partielle droite avec stigmates de lésions pyramidales qu'on ne décèle qu'en les recherchant.

Hémichorée.

M. Babinski montre un cas d'hémichorée avec existence de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, fait qu'il a plusieurs fois rencontré.

Macrodactylie congénitale.

MM. Raymond et Quillain présentent un malade atteint de macrodactylie de l'index et du médius gauche et en montrent les radiographies.

Gigantisme et goître exophtalmique.

M. Gilbert Ballet, à propos d'une jeune fille atteinte des deux syndromes pense que les deux systèmes de glandes à sécrétion interne, pituitaire et thyroïde, sont altérés simultanément.

Stase papillaire post-méningitique.

MM. GALEZOWSKI et COURTELLEMONT ont observé la stase papillaire à la suite d'une méningite, fait assez rare à leur avis.

Myasthénie bulbo-spinale.

MM. RAYMOND et SICARD montrent un homme qui, il y a quatre ans présenta pendant quatre mois le syndrome asthénique d'Erb-Goldplem ; la guérison, survenue graduellement, s'est maintenue.

Hypertrophie musculaire acquise.

M. SICARD montre un malade atteint depuis l'enfance de mouvements choréiformes. Le membre supérieur droit présente en outre une hypertrophie musculaire vraie avec exagération de la circulation veineuse. Les mouvements choréiques dus vraisemblablement à une sclérose cérébrale légère ont entretenu des contractions musculaires incessantes, celles-ci ont produit une réplétion sanguine qui a causé l'hypertrophie.

Paralysie agitante et troubles labio-glosso laryngés.

M. SOUQUES ayant souvent rencontré l'association de ces deux syndromes en conclut que la maladie de Parkinson doit bien être due à une lésion inconnue et non au fait d'une névrose, et la sialorrhée qui l'accompagne souvent doit être d'origine hypercrinique plutôt que mécanique.

Déviation de la tête et des yeux chez un aveugle de naissance.

MM. DÉJERINE et ROUSSY ont observé ce phénomène chez une femme de 71 ans hémiplégique gauche et aveugle de naissance par fonte purulente des yeux. Il ne pouvait donc pas être question de déviation par hémianopsie ; 2° la déviation n'était pas d'ordre paralytique puisqu'elle tenait à la contracture droite et pouvait être corrigée ; 3° le syndrome étant dans certains cas dissocié, le centre cortical, s'il existe, ne pourrait pas être unique.

Lésions de la névralgie sciatique.

M. THOMAS a trouvé dans un cas l'infiltration graisseuse et œdémateuse du nerf sciatique.

La migraine commune, syndrome bulboprotubérantiel à étiologie variable.

M. LÉOPOLD LÉVI. — L'unité de la migraine c'est la localisation initiale : le centre de l'hémicranie siège au niveau de la protu-

bérance : de ce point partent des irradiations qui expliquent tous les phénomènes associés et les équivalents de la migraine. Le centre peut être excité par une cause banale, ou par une intoxication qui peut être autogène.

MM. LENOBLE et AUBINEAU (de Brest) envoient la relation d'un cas de *nystagmus essentiel congénital* avec syndrome nerveux complexe.

F. BOISSIER.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 27 décembre 1904.

PRÉSIDENCE DE M. Paul MAGNIN.

Le traitement psychologique de l'impuissance sexuelle.

M. BÉRILLON. — L'impuissance sexuelle essentielle est caractérisée non par l'absence du désir, mais par l'absence du pouvoir sexuel. On a souvent confondu ces deux états dont l'indépendance est plus fréquente qu'on ne le croit. La puissance peut exister sans le désir, de même que le désir ne confère pas la puissance. L'absence de désir est, le plus souvent, due à des erreurs de l'éducation, erreurs ayant provoqué, à l'égard du sexe opposé, une aversion aboutissant à la suppression de tout désir ; ces erreurs de l'éducation sont difficiles à réparer. Par contre, quand l'impuissance a pour cause une influence psychologique accidentelle, comme c'est le cas le plus fréquent, la guérison peut en être facilement obtenue par la suggestion hypnotique. Il faut remarquer que la sensation de l'impuissance, dans ce cas, loin d'exclure le désir, est plutôt entretenue par une sorte d'exaltation du désir. Dans ces quatre observations, l'étiologie présentait des différences marquées :

OBS. 1. — Littérateur, 38 ans, cause : frigidité de la femme.

OBS. 2. —Médecin, 35 ans, cause : longue attente et satisfaction inopinée.

OBS. 3.— Négociant, 40 ans, cause : interruption de l'acte sexuel par une peur.

OBS. 4. — Mécanicien, 39 ans, cause : jalousie conjugale.

Le traitement, dans ces quatre cas, a amené une guérison rapide et complète.

M. Paul MAGNIN. — J'ai été frappé de l'action spécifique de la suggestion hypnotique dans des cas d'impuissance accidentelle. Cette action constitue une des indications les plus formelles de l'hypnotisme et c'est à tort que l'on retarde l'application de ce traitement toujours inoffensif entre les mains de médecins compétents.

Nouvelles applications de la narcose éthyl-méthylique.

M. Paul Farez. — La narcose éthyl-méthylique est indiquée en psychothérapie comme un procédé opératoire capable de produire une hypotaxie artérielle, à la faveur de laquelle la suggestion s'impose avec force aux malades. Trois cas principaux peuvent se présenter : 1° le malade, en état de narcose, reçoit la suggestion curative, comme s'il était en état d'hypnose ; 2° pendant la narcose, le malade reçoit la suggestion formelle qu'à l'avenir il sera facilement hypnotisable ; 3° au cours même de la narcose, le sommeil éthyl-méthylique est transformé en sommeil hypnotique dont la durée et l'intensité varient au gré de l'opérateur. Dans ces cas, la narcose constitue un artifice préliminaire ; elle n'est qu'un moyen, la suggestion étant le levier thérapeutique.

Or, la narcose éthyl-méthylique, en dehors de toute suggestion, comporte une efficacité et des indications spéciales. Ainsi, dans un cas de manie aiguë, nécessitant la camisole de force, elle m'a permis de juguler, chaque soir, l'agitation et de procurer à la malade un sommeil calme de six à huit heures. Dans un cas de névrose d'angoisse, elle a, instantanément, supprimé les accès paroxystiques. De même, dans l'insomnie d'origine cérébrale, par préoccupations mentales, cette narcose coupe court à tout ce qui faisait obstacle au sommeil ; c'est ainsi que j'utilise cette narcose comme traitement systématique de l'insomnie des neurasthéniques, si rebelle aux divers traitements. De même, chez les mélancoliques anxieux, à une courte narcose éthyl-méthylique, succède, soit par suggestion, soit spontanément, un sommeil calme qui amène une appréciable sédation. Ainsi, cette narcose est une amorce au sommeil et le sommeil est efficace par lui-même, en dehors de toute suggestion.

M. Bernard (de Cannes). — La suggestion éthyl-méthylique m'a permis d'obtenir des résultats thérapeutiques très remarquables chez 5 malades qui présentaient les symptômes suivants : angoisse, insomnie, phobies, idées fixes, tremblement, morphinomanie, éthéromanie, coprolalie, etc. Pendant la narcose éthyl-méthylique, j'ai plusieurs fois suggéré avec succès l'acceptation du sommeil hypnotique pour les séances ultérieures. Enfin, j'ai pu, par suggestion, transformer le sommeil éthyl-méthylique en sommeil hypnotique, que je faisais durer autant qu'il me plaisait.

M. Etienne Jourdan (de Marseille). — J'ai eu à soigner, il y a quelques mois, une hystérique anorexique et anesthésique dont le thorax se contractait spasmodiquement et donnait lieu à des borborygmes extrêmement bruyants. L'isolement n'amène aucune amélioration. Le réveil de la sensibilité sans hypnose échoue

complètement. L'hypnotisation ne réussit qu'à provoquer un sommeil léger, insuffisant pour le succès des suggestions. La suggestion éthyl-méthylique combat l'anesthésie et l'anorexie, en même temps qu'elle ramène une respiration normale et qu'elle provoque la disparition des borborygmes.

M. Feuillade (de Lyon). — Une malade du service de M. Launois présentait du mutisme depuis dix-huit mois; elle a recouvré la parole au bout de deux jours, grâce à la suggestion éthyl-méthylique à laquelle je l'avais soumise.

M. Wiazemsky (de Saratow). — J'ai employé avec un plein succès la suggestion éthyl-méthylique dans 18 cas qui se décomposent ainsi : vomissements incoercibles de la grossesse, 1 ; impuissance génitale psychique, 2 ; neurasthénie, 2 ; psychasthénie, 4 ; bégaiement, 1 ; hystérie, 3 ; névralgie, 1 ; accouchement, 1 ; obsessions, 2 ; angoisse, 1.

Note sur un cheval doué de remarquables aptitudes intellectuelles.

M. Stumpf (de Berlin). — Il a été, en Allemagne, grandement question d'un cheval savant, nommé Hans, dont les actes ont provoqué un grand étonnement. En effet, ce cheval paraît capable de comprendre la pensée de son maître, bien qu'elle ne soit exprimée ni par paroles, ni par gestes appréciables. Il paraît même capable de trouver la solution de quelques petits problèmes.

Bien entendu, ce cheval exprime ses réponses par des mouvements, en particulier ceux de la tête. Une commission composée de MM. Stumpf, professeur de Psychologie à l'Université de Berlin, Schillings et Pfingst, ses élèves, a étudié longuement ce cheval, en l'absence de son maître et de son dresseur. Ils sont arrivés à cette conclusion que ce cheval ne peut ni compter, ni lire, ni calculer ; les réponses qu'il doit faire lui sont dictées par des mouvements à peine perceptibles. Il est guidé uniquement par la vue et ne répond rien quand des œillères l'empêchent de voir les personnes qui posent les problèmes. Un fait, cependant, très intéressant, est l'aptitude de ce cheval à percevoir les moindres signes des paupières ou les moindres mouvements résultant d'un jeu de physionomie. Les expériences qu'il réalise pourraient être rapprochées des faits de Cumberlandisme.

M. Bérillon. — La sagacité des observateurs allemands a supprimé la légende qui s'était créée au sujet de ce cheval. On connaissait déjà l'intensité de la mémoire chez le cheval ; Hans nous montre avec quelle habileté son dresseur a su utiliser cette aptitude. De plus, ce cas apporte une preuve de plus à la théorie de Stricker, d'après qui on ne saurait penser à une lettre ou à un chiffre, sans que l'habitus extérieur du corps ne présente une attitude correspondante que des esprits entraînés à cette lecture,

parviennent à interpréter. Ce cheval est donc doué d'une certaine aptitude à la lecture des gestes, laquelle est une lecture, au même titre que celle des caractères écrits.

M. LIONEL DAURIAC. — Les expériences de M. Stumpf ont surtout démontré qu'il fallait renoncer à l'idée d'un cheval doué de l'aptitude à penser librement. C'est, en effet, là qu'est le nœud de la question. En se conformant à des signes qui lui sont faits, ce cheval ne fait que réaliser des exercices de haute école, un peu plus difficiles que ceux qui nous ont été présentés jusqu'à ce jour. On doit retenir de ce fait qu'il est nécessaire, plus que jamais, de se défier de ses propres perceptions. L'illusion dont beaucoup de savants allemands ont été les victimes nous engage à nous défier de ces prétendues lectures de pensée et autres faits semblables qui ne résistent pas au contrôle.

M. BINET-SANGLÉ. — Il ne faut pas exclure, de parti pris, l'étude de ces phénomènes ; on y peut trouver les éléments de recherches psychologiques susceptibles d'augmenter la puissance de nos perceptions. Nous n'utilisons qu'une faible partie de notre capacité sensorielle ; les moyens qui en accroissent la subtilité doivent être recherchés, en dehors, bien entendu, de toute croyance au merveilleux.

Hémicranie droite, datant de vingt ans, guérie en deux séances de suggestion hypnotique.

M. DAMOGLOU (du Caire). — Une femme de 28 ans souffre, depuis l'âge de 8 ans, d'une hémicranie droite, à accès périodiques durant de deux à cinq jours et difficilement atténués par les médications ordinaires. La douleur disparaît complètement après deux séances d'hypnotisme. La guérison se maintient depuis six mois.

Le signe du salut dans la sciatique.

M. Maurice BLOCH. — Dans l'acte de saluer, la flexion de la colonne vertébrale s'accompagne du mouvement associé du redressement des membres inférieurs ; la contraction des muscles de la cuisse, tiraillant le nerf sciatique, fait éclater, sur le trajet de ce dernier, un ou plusieurs points douloureux qui facilitent ou corroborent le diagnostic.

DRAMES DE L'ALCOOLISME. — Atteint de *folie alcoolique*, Paulin Behalle, mécanicien, a blessé sa femme de deux coups de revolver. Il a été arrêté. Il prétend que sa femme voulait le tuer pour livrer son cadavre aux *démons*. (*Bonh. norm.*, 26 oct.).

PÉDAGOGIE SPÉCIALE

Conférence sur les enfants anormaux à l'Ecole normale d'instituteurs d'Auxerre, par le Dr Wahl, médecin adjoint de l'asile d'aliénés.

M. Wahl commence par montrer l'importance que présente en pédagogie la question des enfants anormaux ; il n'est pas d'instituteur qui ne puisse en rencontrer parmi ses élèves. Il est difficile de donner une définition scientifique de ce genre de malades.

Le conférencier les divise en deux grands groupes : 1° Les sourds-muets et les aveugles, qui ont attiré l'attention de l'abbé de l'Epée, de Valentin Haüy, de Braille, et dont on s'occupe au moins en partie.

2° Les idiots, les imbéciles, les faibles d'esprit, les dégénérés supérieurs, qui, moins favorisés, n'ont pas encore bénéficié autant qu'ils y ont droit, des sentiments d'humanité, en honneur à notre époque. Ce sont de ces derniers seulement que l'orateur va s'occuper.

Idiots. — Le premier essai d'éducation d'un idiot date de 1798. Il a été tenté par Itard, médecin des sourds-muets, sur un sujet appelé « le Sauvage de l'Aveyron (1). Cet être hirsute, malpropre sans aucune éducation, était pour Itard une créature humaine qui, depuis sa plus tendre enfance, avait vécu abandonnée. Pinel affirmait, au contraire, que c'était un idiot ; l'expérience prouva que Pinel avait vu juste. Le « Sauvage » put par la suite acquérir une certaine éducation.

Les autres tentatives furent celles d'Esquirol qui, en 1818, expérimenta à la Salpêtrière, et tenta l'éducation des petites idiotes. Falret père créa une école qui existe encore ; elle est dirigée actuellement par M. le Dr Jules Voisin. Après plusieurs essais semblables tentés à Bicêtre par Ferrus, Séguin, poursuivis par Delasiauve, M. le Dr Bourneville a établi en 1880 une école modèle qui fonctionne admirablement ; il a des instituteurs et des institurices dressés par lui, qui continuent les traditions de Séguin, modifiées, perfectionnées. Jusqu'ici il n'y a pas eu en France d'établissements spéciaux pour le traitement et l'éducation des arriérés en dehors des asiles d'aliénés, sauf quelques rares établissements privés. *Les imbéciles* sont fréquents dans les écoles : ils se caractérisent, outre la faiblesse de leur intelligence, par l'absence de sens moral, par une sorte de méchanceté innée. Ils apprennent à lire,

(1) Itard, *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron*, vol II, de la *Bibliothèque d'éducation spéciale* de Bourneville.

écrire, exercer un métier ; quelques-uns ont une mémoire extraordinaire pour certains faits, témoin Inaudi. On a quelquefois caractérisé ces êtres sous le nom de « génies partiels ».

Les faibles d'esprit apprennent à lire, à écrire, à orthographier, ils arrivent à la notion du nombre et à la compréhension de problèmes très simples et peuvent avoir leur certificat d'études. Ils sont caractérisés par une faiblesse native de toutes les facultés.

Les dégénérés supérieurs, appelés encore prédisposés, détraqués, sont capables de toutes les opérations intellectuelles, mais il leur manque la pondération de l'esprit, la faculté de critique des actions personnelles.

Chez eux, les passions l'emportent sur le raisonnement ; suivant les hasards de la vie, ils deviennent des aliénés, des criminels ou ils végètent misérablement. Ils sont souvent des excentriques, quelquefois même des artistes.

Jean-Jacques Rousseau, le Tasse, Gérard de Nerval, Gustave Courbet, jusqu'au dépravé et mélancolique Musset, peuvent être donnés comme exemples.

Immédiatement au-dessus des déséquilibrés viennent les vicieux ; ces malades doivent leur anomalie soit à la mauvaise éducation, soit à leur tempérament.

Dès leur plus tendre enfance, une horreur instinctive de la société, des idées d'indépendance, le dégoût du travail intellectuel leur font fuir l'école où ils se sentent quelquefois inférieurs aux camarades, et où ils rencontrent une discipline qu'ils ne peuvent supporter. Ils prennent de bonne heure des habitudes de vagabondage qui les amènent à voler et souvent à pis encore.

L'enfant anormal présente souvent des stigmates physiques de dégénérescence ; déformation cranienne, profil d'oiseau, bec de lièvre, etc.; mais celui qui doit son anormalité à un accident survenu plus ou moins longtemps après sa naissance, peut présenter une physionomie normale.

L'éducation morale, telle qu'elle est donnée généralement, ne saurait convenir aux anormaux : elle est trop abstraite ; trop loin des réalités concrètes dont seulement ils peuvent se rendre compte. Nous ne parlerons pas de l'enseignement religieux dogmatique : il y a vingt-cinq ans que Delasiauve a signalé son échec complet.

Parmi les causes de dégénérescence physique et intellectuelle, l'orateur cite :

a) l'alcoolisme des ascendants ; — *b*) la misère en général ; particulièrement, le défaut de salubrité qui règne dans les locaux trop petits habités par des familles nombreuses ; — *c*) la moralité plus que précaire qui résulte de cette promiscuité ; — *d*) la terrible syphilis qui se transmet aux descendants ; — *e*) les professions insalubres ; — *f*) le surmenage intellectuel au moment de la conception ; — *g*) la disproportion d'âge, l'âge trop

précoce ou trop avancé des parents; —*h*) les mariages consanguins (1). La proportion des enfants anormaux parmi les enfants naturels serait plus forte que chez les enfants légitimes. Une loi américaine défend aux dégénérés d'avoir des enfants, on leur fait même subir dans ce but une opération chirurgicale ?

Notre monde s'accommode mal d'une telle pratique, d'autant plus que l'hérédité n'est pas fatale, et que dans bien des cas le produit se différencie très nettement de ses procréateurs.

Dans les tentatives de guérison des enfants anormaux, seuls des laïques ont apporté quelques améliorations. C'est un fait intéressant à remarquer.

Grâce à l'instruction, les enfants anormaux pourront ne pas être une trop lourde charge pour la société. Cette éducation est très difficile à faire, car il faut tout apprendre à l'idiot en particulier. Dans bien des cas, il faut tout apprendre à ces malheureux, depuis la propreté la plus élémentaire, depuis la marche et la parole, jusqu'à la notion et l'idée. Aussi se contente-t-on trop facilement en présence de la difficulté de la tâche et aussi au nom d'une économie mal comprise, de les hospitaliser dans les asiles d'aliénés.

Il devrait y avoir des établissements spéciaux pour les dégénérés, surtout pour les dégénérés supérieurs. Les vicieux sont en petit nombre recueillis dans l'établissement de Mettray (Indre-et-Loire), ceux qui commettent quelques forfaits sont enfermés dans des maisons de correction pendant un mois, six mois et même jusqu'à vingt ans. Malheureusement dans ces maisons de correction, on ne recherche aucunement la culture morale des malheureux qui y sont enfermés trop peu de temps le plus souvent.

En Angleterre, au contraire, on essaie de leur donner l'habitude du travail ; on leur enseigne un métier ; ils ont de bonnes notions morales, lorsqu'ils sortent des « écoles de redressement » « et des écoles industrielles » créées spécialement pour eux.

Un effort philanthropique vient cependant d'être tenté en France en 1898 pour les enfants moralement abandonnés.

Le pays d'Europe le mieux partagé sous ce rapport est la Suède. Dans ce pays existent en plus des asiles d'aliénés, des écoles pour les imbéciles. En Belgique existent des « classes » pour les arriérés, classes annexées aux écoles ordinaires. Ces classes fonctionnent également en Allemagne, à Cologne en particulier, en Angleterre, en Italie, en Suisse, etc.

M. Wahl termine sa très intéressante conférence par quelques conseils pédagogiques. Il conseille aux maîtres de profiter de telle ou telle disposition particulière des enfants arriérés. Il faut

(1) Quelques réserves seraient à faire sur l'importance relative des *causes* relevées par M. Wahl. Nous renvoyons nos lecteurs à la collection des *Comptes-rendus* de Bicêtre (1880-1903). (B.)

d'abord obtenir d'eux une obéissance raisonnée bien qu'absolue. L'exemple fera beaucoup dans cette éducation bien plus que les phrases des manuels. Cette tâche demande beaucoup de patience et de courage, car parfois, le succès n'est pas en rapport avec les efforts déployés.

M. Wahl montre, en finissant, quelques séries photographiques représentant des idiots depuis leur jeune âge jusqu'à vingt ans, mises à sa disposition par M. Bourneville. Les élèves sont sortis emportant du conférencier un excellent souvenir, certains que ses conseils pourront leur être bientôt d'une grande utilité dans leur œuvre d'éducation de la jeunesse. A. Romelin,

Élève de l'École Normale d'Auxerre

Nous ne pouvons qu'adresser nos félicitations à M. le Dr Wahl pour son heureuse initiative, car c'est la première fois, en France, qu'un tel sujet est traité dans une École normale d'instituteurs. Il est évident que toute personne s'occupant d'éducation devrait être au courant de ces questions. La pédagogie normale ne peut que tirer bénéfice de la pédagogie anormale, l'instituteur qui saura qu'il existe des enfants anormaux, sera moins tenté d'attribuer toujours à la mauvaise volonté l'indiscipline, la paresse, l'inattention de certains de ses écoliers ; il verra là plutôt une manifestation pathologique, et s'aidant des conseils d'un médecin, il pourra dans bien des cas, aider à l'atténuation d'un état morbide, qui n'est qu'à sa première manifestation.

M. Bourneville dans son service de Bicêtre, pour mettre à même ses collaborateurs, instituteurs, institutrices, infirmiers et infirmières d'appliquer le traitement d'une façon plus efficace, et de connaître toutes les méthodes spéciales d'éducation, les envoie régulièrement tous les ans assister aux classes faites à l'Institution des sourds-muets, et à l'Institution des aveugles. Nous lui avons souvent entendu exprimer le regret que l'État n'agisse de même avec ses instituteurs ordinaires ; ne devrait-on pas, à la faveur des vacances scolaires, les envoyer passer quelque temps à l'Asile-École de Bicêtre, pour leur faire voir des anormaux, et pour leur montrer ce qu'une méthode raisonnée, peut faire de malheureux que l'on mettait autrefois en dehors de la Société.

CORRESPONDANCE

Les magistrats et les aliénés.

Tours, le 11 novembre 1904.

Cher Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance un exploit de nos

représentants de la justice et qui ne doit pas être passé sous silence.

A la fin d'octobre dernier, un aliéné de mon asile s'évade. Ce malade, un débile mélancolique déprimé avec attitude de flexion, est arrêté comme vagabond sans papiers à Martigny (Indre).

Les gendarmes lui font passer la nuit à la gendarmerie, le malade leur dit qu'il s'est évadé de l'hospice de Tours : il est habillé des vêtements de la maison et ils remarquent sa chemise marquée à l'encre grasse A H (aliénés hommes). Le lendemain les gendarmes le conduisent en voiture au Blanc ; là, on écrit au Directeur de l'Hospice de Tours qui confirme les dires du malade au point de vue de son évasion. Le tribunal condamne cet aliéné à huit jours de prison et l'hospice de Tours est invité à le faire prendre à l'expiration de sa peine : en effet, aujourd'hui, deux employés vont le chercher à la maison d'arrêt du Blanc et l'ont ramené à l'Asile.

Tels sont les faits qui m'ont été rapportés par mon sous-surveillant que j'avais prié de prendre des renseignements en allant chercher l'aliéné. Ce dernier m'a ce matin même raconté exactement les phases de son voyage.

N'est-ce pas joli cet aliéné évadé, condamné pour vagabondage à 8 jours de prison !!!. Je laisse à votre haute appréciation, le soin de tirer de cette affaire tout le profit que vous jugerez utile !

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs compliments.

Dr Archambault.

Tout commentaire nous paraît inutile.

BIBLIOGRAPHIE

I. *L'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, par P. Sérieux. Paris, 1903, imprimerie municipale Hôtel de Ville.

Le volumineux rapport sur l'assistance des aliénés de M. P. Sérieux est divisé en cinq parties : la première partie est consacrée à l'histoire du développement de l'assistance des aliénés en Allemagne ; la seconde traite des asiles d'aliénés criminels d'Europe (Allemagne, Italie) et d'Amérique. Les cliniques psychiatriques universitaires d'Allemagne, de Suisse et d'Italie sont examinées dans la troisième partie. Dans la quatrième partie, est étudiée l'organisation des asiles d'aliénés en Allemagne, en Suisse

et en Italie. Enfin, la cinquième partie est consacrée à la description des asiles de la région de l'Est de la France.

Le travail de M. P. Sérieux comprend plus de 1000 pages. Une analyse quelque peu détaillée ne peut donner qu'une idée bien vague de tous les faits d'observation contenus dans l'ouvrage. Aussi après avoir fait une énumération des principaux chapitres renfermés dans chaque partie, nous insisterons sur la partie qui traite des réformes actuellement réclamées chez nous dont la réalisation s'est opérée dans divers pays étrangers ; ces réformes ne doivent donc plus être présentées « comme des vues de l'esprit, comme des entreprises hasardeuses. »

Ire *Partie.* — Le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne peut se diviser en quatre périodes. La première comprend le moyen âge, les fous sont justiciables des tribunaux, de l'Eglise et non de la science médicale. Dans la deuxième période les fous sont considérés comme des sujets dangereux et sont traités comme des criminels ; cette période s'étend de la fin de XVe siècle au commencement du XIXe. Une troisième phase commence au début de ce siècle pour finir vers l'an 1860, les aliénés sont enfin considérés comme des malades et traités dans des établissements spéciaux. La quatrième période est caractérisée par le développement de l'assistance des aliénés (*no retraint*, *open door*, alitement thérapeutique, différenciation des différents quartiers de classement, asiles-colonies, colonies familiales, établissements spéciaux pour les cas aigus, les cas chroniques, hôpitaux de convalescence, asiles colonies pour épileptiques, buveurs, idiots, criminels aliénés, etc.)

IIe *Partie.* — Les différentes catégories d'aliénés criminels comprennent : 1° les condamnés devenus aliénés en cours de peine ; 2° les aliénés ayant commis des crimes sous l'influence de leur délire ; 3° les aliénés ayant, au cours de leur internement, commis des actes dangereux ; 4° les dégénérés malfaisants, L'auteur traite d'abord de la question des aliénés criminels en France, en insistant surtout sur le quartier d'aliénés criminels de Gaillon. Tous les documents concernant cette question sont exposés dans un chapitre que l'auteur termine en donnant le projet de loi de Cruppi. La description de divers asiles d'aliénés criminels de l'Angleterre, de l'Ecosse, de l'Irlande, des Etats-Unis, de l'Autriche, de la Hongrie, de la Belgique, de la Norvège, etc., est suivie d'indications précises sur les statistiques, le travail, le personnel, etc., de ces établissements. Des chapitres spéciaux sont réservés à la description des asites d'aliénés d'Allemagne et d'Italie. Un dernier chapitre est consacré au projet d'organisation de l'assistaace des aliénés criminels en France. L'auteur propose 1° un asile central d'Etat ou mieux quatre quartiers spéciaux annexés à des établissements pénitentiaires pour les condamnés de-

venus aliénés en cours de peine ; 2° trois asiles de sûreté régionaux pour les aliénés dangereux. Dans ces derniers, on traiterait les anormaux malfaisants que l'on considère insuffisamment aliénés pour les asiles et insuffisamment responsables pour la prison. Grâce à ces vues nouvelles, on abandonnera la doctrine de la responsabilité atténuée.

III° *Partie.* — Le nombre des universités allemandes est de vingt. Chaque université possède actuellement une clinique psychiatrique ; parmi celles-ci, quelques-unes constituent des établissements autonomes, des instituts universitaires. L'auteur étudie d'abord le fonctionnement de ces dernières. Les universités d'Allemagne, de Suisse, d'Italie, qui ne possèdent pas encore de cliniques psychiatriques autonomes ont utilisé pour l'enseignement clinique des maladies mentales les asiles provinciaux, cantonaux ou municipaux les plus proches (asiles-cliniques.) Les pages suivantes sont consacrées à l'organisation de l'enseignement de la psychiatrie en Allemagne, Italie, Suisse, Russie, Belgique, Pays scandinaves, Grande-Bretagne, Irlande, Etats-Unis.

En France, nous n'avons que trop tardé à suivre l'exemple de l'étranger et c'est le pays où l'enseignement des maladies mentale a pris naissance qui ne possède pas une réglementation officielle de cet enseignement. Nous ne possédons que quatre chaires de clinique des maladies mentales et dans aucune de nos universités le stage n'est obligatoire. L'auteur émet à ce propos les vœux suivants : 1° fondation dans chaque ville universitaire d'une clinique psychiatrique autonome ; 2° un personnel médical nombreux ; 3° réorganisation du recrutement du corps enseignant ; 4° organisation de cours cliniques payants et de cours gratuits ; 5° organisation du stage psychiatrique ; 6° création d'un concours spécial pour les places de médecins des asiles cliniques ; 7° réforme de l'organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.

IV° *Partie.* — Parlant d'abord des asiles-colonies, M. Sérieux donne les éléments caractéristiques de ces établissements : absence de murs, de galeries couvertes, de grilles, de barreaux et sauts-de-loup ; grand nombre de pavillons indépendants, dispersés sans symétrie. Division de l'établissement en deux grandes parties : l'asile central, la colonie ; différenciation des différents pavillons adaptés chacun au rôle spécial qu'ils ont à remplir ; surveillance continue à l'asile central ; vie en liberté à la colonie, *no-restraint* partout ; traitement par le lit des psychoses aiguës ; autonomie de chaque pavillon. Les asiles-colonies d'Alt-Scherbitz de Golkhausen (Allemagne) et de Mendrisis (Suisse) sont décrits avec beaucoup de soins et leur constitution matérielle et morale est examinée en détail. Un chapitre spécial est réservé à la description de trois asiles d'aliénés provinciaux d'Allemagne et d'I-

talie. Vient ensuite l'exposé des législations et règlements concernant les aliénés en Allemagne, en Italie et en Suisse. Les nouvelles méthodes de traitement des maladies mentales en usage dans les asiles étrangers font l'objet d'un chapitre spécial : c'est d'abord le traitement par l'alitement ou clinothérapie, puis le traitement des états d'agitation par le bain permanent, les enveloppements permanents de 33° à 35°, la suppression des moyens de contention mécanique, la suppression de l'isolement cellulaire, etc. L'auteur étudie ensuite les hôpitaux d'aliénés urbains destinés à l'hospitalisation immédiate des malades dans les grandes villes, les sanatoria populaires pour les maladies nerveuses, les hospices pour aliénés chroniques, les asiles-colonies pour épileptiques, les établissements pour idiots, enfin les asiles de buveurs. Le personnel médical des asiles allemands, suisses et italiens se compose de directeurs-médecins en chef, de médecins chefs de service, de seconds médecins, de médecins assistants et enfin de médecins volontaires ; dans tous les asiles d'aliénés des pays de langue allemande, les fonctions médicales et administratives sont réunies entre les mains d'un directeur-médecin en chef. Un paragraphe spéciale est réservé dans cette étude du personnel des asiles étrangers à l'organisation du personnel administratif, et l'auteur résume les desiderata qui furent l'objet de discussions par des auteurs compétents.

V° *Partie*. — Elle est consacrée à la description des Asiles d'aliénés français de la région de l'Est (Saint-Dizier, Maréville, Fains). Tous ces asiles, en plus de leurs malades, ont à traiter des malades transférés de la Seine. L'auteur proteste contre le principe même des transfèrements ; ceux-ci ont quelque chose d'inhumain en rompant pour toujours les liens de parenté et d'amitié que peuvent avoir les malades dans les pays où ils ont vécu. Il faut égalements supprimer les asiles privés faisant fonction d'asiles publics et les remplacer par des asiles départementaux ou régionaux. Dans les asiles départementaux, le personnel médical se compose en général d'un directeur-médecin, d'un médecin-adjoint et d'un ou deux internes. La tâche du médecin-directeur est beaucoup trop lourde et la fonction du médecin-adjoint n'est autre chose qu'une sinécure, puisqu'il n'a pas de service distinct. L'attribution aux médecins-adjoints d'un service autonome serait un moyen de diminuer le fardeau qui pèse sur le directeur-médecin. Ce vœu émis par l'auteur est déjà réalisé à l'asile de Blois où nous sommes chargé d'un service autonome.

Trop nombreux sont encore, en France, les asiles qui ne répondent pas aux exigences du traitement des aliénés ; les bâtiments sont mal adaptés à leur destination actuelle. « Avec leurs quartiers symétriques, leurs préaux entourés de murs, leurs quartiers cellulaires, leur nombre insuffisant de médecins, d'in-

firmiers et de veilleurs, l'usage habituel qu'on y fait des moyens de contention mécanique, l'installation défectueuse des bains, des pavillons de surveillance continue, l'absence de *l'open-door* et de l'alitement thérapeutique, leur encombrement, l'insuffisance de leurs bibliothèques et de leurs laboratoires, leur prix de journée très bas, leur absence de confort, la plupart ne font guère honneur aux départements. » Toute cette situation regrettable est due à ce que l'on considère encore les asiles comme des renfermeries d'incurables. D'après l'auteur, les réformes actuelles les plus importantes consistent en : 1° la création de services de malades aigus curables ; 2° la création d'un asile-hospice ; 3° la création d'un asile-colonie pour les épileptiques ; 4° l'organisation d'un sanatorium populaire dont les malades ne seraient pas soumis aux obligations de la loi de 1838. Dans tous les asiles français, le nombre des malades est trop considérable par rapport à celui des médecins, et le traitement est collectif, au lieu d'individuel qu'il devrait être. De plus, avec l'organisation actuelle de l'adjuvat, l'adjoint n'est d'aucun secours thérapeutique ; il n'a qu'un rôle de « figuration». Le corps de l'internat est également un organe mal adapté à ses fonctions ; les internes sont trop peu nombreux et peu instruits en médecine mentale au début de leurs fonctions.

Dans un dernier chapitre, l'auteur condense les résultats de son enquête et formule les conclusions qui ont été exposées au cours de cette analyse, qui ne donne qu'une idée bien imparfaite du livre de M. Sérieux.

Les médecins aliénistes et toutes les personnes qu'intéressent les questions d'assistance trouveront un profit considérable à la lecture de « l'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse « du Dr Sérieux. » Chaque chapitre du travail de M. Sérieux est une étude approfondie de toutes les questions de l'Assistance des aliénés, et l'auteur nous fait visiter d'abord nombre d'asiles étrangers, pour terminer par la description des asiles de la région de l'Est de la France, et cette dernière montre combien l'étranger nous a devancés dans l'assistance et le traitement des aliénés. L. MARCHAND.

II. — *Cours supérieur d'éducation physique*, par G. DEMENY, J. PHILIPPE et G. RACINE. — 1 vol. in-8° de 336 pages avec 162 figures. Paris, F. Alcan, 1905.

Nous avons eu déjà l'occasion, à propos de son livre : *Mécanisme et éducation des mouvements* (1), de constater avec quelle méthode scrupuleuse M. G. Demeny savait exposer les principes d'édu-

(1) *Archives de Neurologie*, janvier 1905.

cation physique, et avec quelle science il groupait les attitudes et les mouvements en en prouvant les avantages ou les dangers.

Nous retrouvons les mêmes qualités dans le nouvel ouvrage. Cette fois il s'agit d'un *Cours supérieur d'éducation physique*, fait sur la demande du ministre de l'Instruction publique, et en collaboration avec le Dr J. Philippe et M. G. Racine, professeur de gymnastique de la ville de Paris.

Le volume se divise naturellement en trois parties. Dans la première, M. G. Demeny expose les rapports qui existent entre la pédagogie générale et le mécanisme des mouvements ; il analyse les conditions physiologiques et les conditions esthétiques de chaque exercice ; cette première partie se termine par un plan d'éducation qui décèle bien la grande expérience de l'auteur.

Dans la deuxième partie, le Dr J. Philippe étudie spécialement l'anatomie et la physiologie humaines, la croissance de l'organisme, les effets de la fatigue musculaire, nous prévient contre les dangers de l'inexpérience en matière d'éducation physique et montre la nécessité, pour tout éducateur digne de ce titre, de la connaissance exacte du corps humain.

Enfin, dans la troisième partie, M. G. Racine, s'occupant du côté pratique, énumère dans un ordre méthodique les exercices gradués qu'il décompose en leurs éléments et termine par l'exposé d'une leçon modèle pour les trois cours. Des illustrations et des figures schématiques viennent encore ajouter à l'intérêt pratique de cette partie.

Cet ouvrage, scientifiquement ordonnancé, mérite d'être lu par ceux qui s'occupent d'éducation, et aussi par les médecins, qui y puiseront d'utiles indications pour les cas où ils auront à prescrire un traitement gymnastique.

J. Boyer.

VARIA

Les crimes de l'alcoolisme

A Issoire. — Un mari qui tue sa femme à coups de sabot et de bâton. — A Issoire, le nommé Gayte, jardinier, a assassiné sa femme à coups de bâton, dans un accès d'alcoolisme. Il s'est acharné sur sa victime avec une brutalité sauvage. Le corps de la malheureuse a été horriblement mutilé. La tête a été réduite en bouillie. Le cadavre présente quatorze blessures. L'assassin a été arrêté. Il a fait des aveux complets. Le crime a causé une émotion profonde à Issoire, où la famille Gayte est très connue. (*Aurore*, 23 janvier 1905.)

Le crime d'un alcoolique. — Un alcoolique nommé Jean Breton, qui demeure rue de Torcy, 11, dans le quartier de la Chapelle, a frappé, dimanche, de trois coups de couteau sa femme, née Berthe Péral, âgée de quarante-cinq ans. La malheureuse femme est tombée morte sans pousser un cri. Quant au meurtrier, il est sorti en disant qu'il allait chercher un médecin. Mais, dans la rue, il rencontra un gardien de la paix et se fit arrêter. (*L'Aurore*, du 24 janvier.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Les agents de l'Asile d'aliénés de Clermont ont procédé vendredi, à Canny-sur-Matz, à la capture d'un aliéné des plus dangereux nommé Couderc. Cet homme qui, depuis quelque temps, faisait la terreur du pays, se livrait à toutes espèces d'excentricités. Enfermé chez lui, il tirait des coups de feu dans sa cour, menaçant de « dégringoler » le premier qui tenterait de pénétrer dans sa maison. Les agents de l'Asile ont dû user d'un stratagème pour arrêter ce forcené qui est actuellement interné à l'Asile. (*Semeur de l'Oise*, n° du 20 janvier 1905.)

En allumant hier du feu, une pauvre folle, la veuve Fays, âgée de cinquante-deux ans, habitant le hameau du Tartre, commune de Digny (Eure-et-Loir), est tombée dans son foyer et a mis le feu à ses vêtements. La malheureuse, environné de flammes, put néanmoins se relever et sortir en poussant des cris déchirants ; mais quelques pas plus loin elle s'affaissa. Ses voisins accoururent à ses appels mais lorsqu'ils arrivèrent la malheureuse rendait le dernier soupir. Son corps était carbonisé. La pauvre folle devait être prochainement internée à l'asile de Bonneval. (*Le Petit Parisien* du 25 janvier 1905.)

C'est là une nouvelle victime des lenteurs administratives. Ceci montre la nécessité du placement d'urgence des aliénés : assimiler de plus en plus les *malades aliénés* aux *malades* ordinaires et rapprocher de plus en plus l'*asile* de l'*hôpital*.

FAITS DIVERS

ASILE D'ALIÉNÉS DE CLERMONT. — Par arrêté préfectoral en date du 10 janvier courant, M. Ville, pharmacien de 1re classe, attaché à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien en chef à l'asile de Clermont en remplacement de M. Chauvet, décédé. (*Semeur de l'Oise*, n° du 20 janvier 1905.)

HÔTEL-DIEU (*Clinique des maladies nerveuses*). — M. GILBERT BALLET a repris ses leçons sur les maladies nerveuses le diman-

che 5 février, à 10 heures, Amphithéâtre Trousseau, et les continuera les dimanches suivants. Consultation externe et policlinique pour les maladies nerveuses et mentales, le samedi à 9 h. 1/2, salle Saint-Anne.

Asile d'aliénés de la Seine. — *Concours de l'internat en médecine.* — Ce concours vient de se terminer. Ont été nommés *internes titulaires*, par arrêté du 28 janvier 1905 : MM. Charpentier R., Lemelaud, Delmas, Benon. — Par arrêté du même jour ont été nommés *internes provisoires* : MM. Courbon, Froissart, Mlle Grünspan, M. Bourilhet.

Les questions qui ont fait l'objet des épreuves du concours ont été les suivantes : *Question écrite* : Symptômes et diagnostic de la cirrhose atrophique. — Symptômes, diagnostic et traitement de la coxalgie. — *Questions orales : 1re séance*, Plancher du 4e ventricule : — 2e *séance*. Région sylvienne ; — 3e *séance*, Racines antérieures et postérieures de la moelle. — *Epreuve de garde* : 1re *séance* : Indications et manuel opératoire de la thoracentèse : — 2e *séance*. Diagnostic et traitement des hémorrhagies utérines.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Alberti Angelo. — *Un caso di idiozia mongoloide.* In-8° de 14 pages. Imp. S. Giorgio. Ferrara.

Contet. — *Les méthodes de rééducation en thérapeutique.* 1 vol. In-18 de 226 pages. Librairie Vigot, frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50.

Grasset (J.). — *Les centres nerveux.* 1 vol. In-8° de 730 pages. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille. Prix : 12 fr.

Muller (Emil). — *Ueber mehrdimensionale Raüme.* In-8° de 80 pages. J. A. Barth. Leipzig.

Tamburoni (R.) et d'Ormea (A). — *Sopra un caso di microcefalia vera.* In-8° de 22 pages. Imp. S. Giorgio. Ferrara.

Revue philosophique. — Sommaire du n° de février 1905 (30e année) : Ch. Richet. La paix et la guerre. — Vernon Lee. Essai d'esthétique empirique (2e et dernier article). — Ch. Dunan. Autorité et liberté. — M. Halbwachs. Les besoins et les tendances dans l'économie sociale. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. Abonnement du 1er janvier : un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XIX Mars 1905 N° 111

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur la dégénérescence secondaire consécutive à un foyer de ramollissement de la région calcarine ;

Par le professeur WEBER (1).

Mme G. F. est morte en juillet 1902, âgée de 76 ans. Nous ne possédons sur ses antécédents aucun renseignement ; elle nous est arrivée dans un état de démence profonde, rendant tout entretien avec elle impossible. Perte de la mémoire. Gâtisme.

L'acuité visuelle paraît fortement diminuée ; le regard est vague et la malade ne fixe pas les personnes qui lui adressent la parole ; elle cligne cependant des paupières lorsqu'on approche un objet de ses yeux et exceptionnellement elle reconnaît ce qu'on lui présente. En raison de l'état démentiel il n'a jamais été possible de procéder à un examen quelque peu exact de ces phénomènes.

A l'autopsie nous avons constaté l'existence d'un foyer de ramollissement occupant la région calcarine droite sur une longueur d'environ 40 mm.

Pour la description nous nous en tenons surtout à la coloration d'après Pal ; c'est en effet à cette méthode que la préparation, un peu difficile à débiter en coupes bien minces, s'est le mieux prêtée. Notre examen a été rendu en partie très difficile par suite de ce qu'une coupe faite à l'autopsie a porté précisément sur la région des corps genouillés externes.

La lésion commence dès la pointe du lobe occipital et rend méconnaissable en bonne partie la région calcarine. A environ 25 mm. du pôle occipital elle a une hauteur de 25 mm. (*fig.* 4), plus en avant même de 30 mm. son maximum. Ensuite elle se subdivise en deux foyers, l'un occupant la région calcarine, l'autre une partie du lobe lingual, laissant entr'eux un pont de

(1) *Clinique Psychiatrique de Genève*, avril 1904.

cortex moins lésé (*fig.* 7). Enfin elle est restreinte à une destruction linéaire sous-corticale dans la partie inférieure du lobe lingual et la supérieure du fusiforme (*fig.* 8). A la hauteur où les scissures calcarine et pariéto-occipitale se rejoignent, il n'est plus question de foyer.

La profondeur de la lésion est variable et atteint jusqu'à 10 mm. ; cependant ces mesures n'ont qu'une valeur très relative. Il est en effet évident que ce lobe occipital a subi des modifications profondes dans sa forme. Par suite de résorption de parties détruites et atrophie secondaire de fibres, il est devenu étroit (Gauche 32 mm. Droit 24. G. 44. D. 34. G. 45. D. 35.) Enfin il nous paraît certain qu'il a aussi perdu en longueur, ce qui

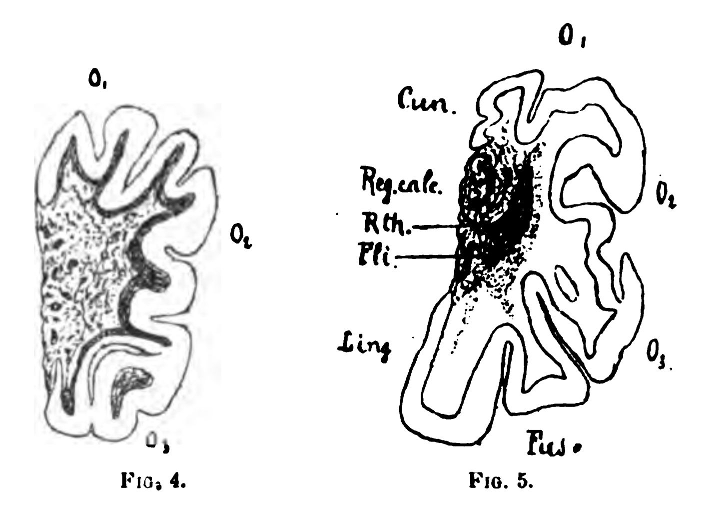


Fig. 4. Fig. 5.

expliquerait qu'en coupant les deux hémisphères simultanément, nous nous trouvons dans des régions plus frontales à droite qu'à gauche. Pour ces raisons il serait oiseux d'indiquer en millimètres la situation des coupes que nous reproduisons. Ce ratatinement du lobe occipital est en partie compensé par une dilatation de la corne ventriculaire.

Le ramollissement ne se borne point au cortex et aux régions directement sous-corticales ; il pénètre profondément dans la substance blanche (*fig.* 4.) portant atteinte aux faisceaux sagittaux (Tap. Rth. Fli.) dès leur apparition (*fig.* 5.) Cela se voit surtout nettement dans la *fig.* 7 qui donne du reste une bonne idée de l'irrégularité du foyer.

M. de Monakow est d'avis que, pour des raisons d'ordre ana-

tomique, toute destruction de la partie médiane du lobe occipital doit léser en même temps les faisceaux de la vision. Cela a pu être constaté dans les cas sérieusemens examinés d'hémianopsie soi-disant corticale. Notre observation vient confirmer cette règle.

Avant de passer à l'étude des dégénérescences secondaires de notre cas, nous l'avons revu exactement, recherchant s'il existait d'autres foyers, condition également stipulée par M. de Monakow. Nous avons trouvé :

1° Quelques petites destructions dans le corps calleux.

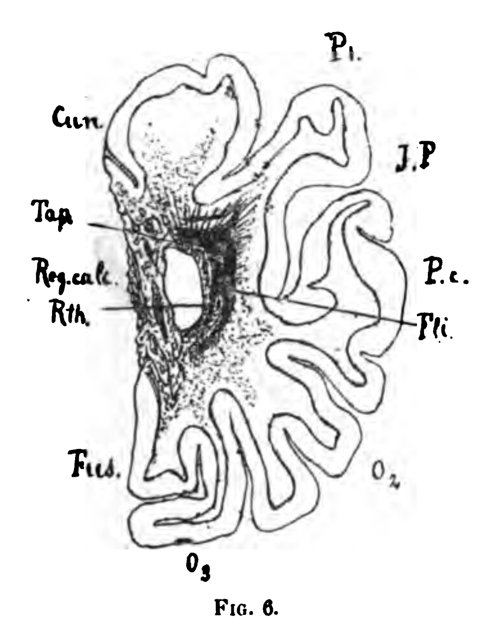


FIG. 6.

2° Une destruction linéaire dans la circonvolution de l'hippocampe ;

3° Une dans la circonvolution godronnée.

Toutes ne sont visibles qu'à la loupe et nous paraissent négligeables par rapport au sujet qui nous occupe spécialement.

Localisation de la dégénérescence secondaire.

Aussi longtemps que, sur les coupes, le foyer est de quelque étendue, la dégénérescence est manifeste dans le territoire des

fibres d'association courtes ; les fibres sagittales (Tap. Rth. Fli.) sont directement lésées dans leur partie inférieure (*fig.* 4-7). Tandis que le Tap. n'est pas sensiblement changé, Rth. est certainement appauvri en fibres et Fli. qui du côté sain apparaît sous forme d'un U noir, ne se distingue presque pas dans sa partie inférieure de Rth. Dans les deux (Rth. et Fli.) les fibres coupées transversalement font défaut, on n'y voit presque plus que des fibres longues que, souvent, on peut suivre à travers Rth. jusqu'au Tap. Elles y disparaissent en tournant à droite et en haut. Ces fibres, plus minces que celles de Fli. et ne prenant pas une

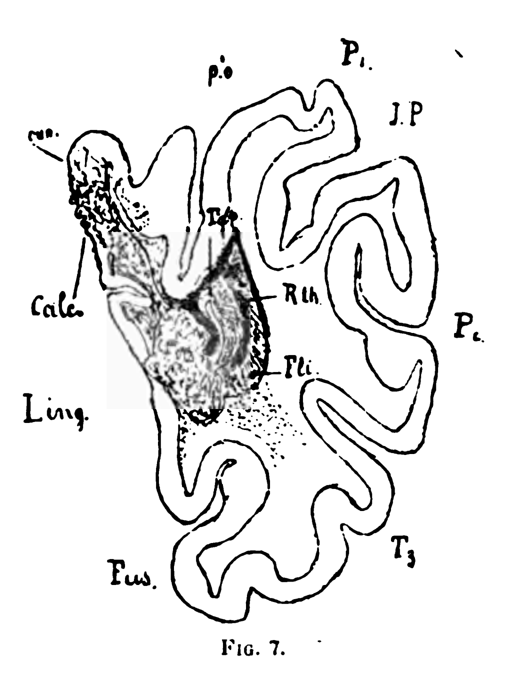


Fig. 7.

coloration noire intense, semblent ne pas appartenir du tout à Fli. mais faire partie de Tap. (*Fig.* 7).

A mesure que le foyer diminue, la dégénérescence secondaire se localise, tandis que la substance blanche reprend du reste son aspect normal. Il n'y a pas de différence appréciable entre le Tap. des deux côtés ; Rth. du côté pathologique ne forme qu'une étroite bandelette autour du Tap., puis vient un U qui reste blanc sur les préparations au Pal et qui occupe la place de Fli. pour se terminer latéralement et en haut en une pointe sise

entre Rth. et Fli. et à l'extrémité du 1/4 inférieur des fibres sagittales (*fig.* 8, coupe 205). Mais déjà sur la coupe 185 le jambage médian et le coude de l'U recommencent à se peupler de fibres paraissant venir de la région comprise entre les scissures P. o. et Calc. et du lobe lingual. Elles ont la couleur noire, le calibre et la direction de celles de Fli. Puis la dégénérescence se localise plutôt dans le jambage latéral de l'U dont elle occupe

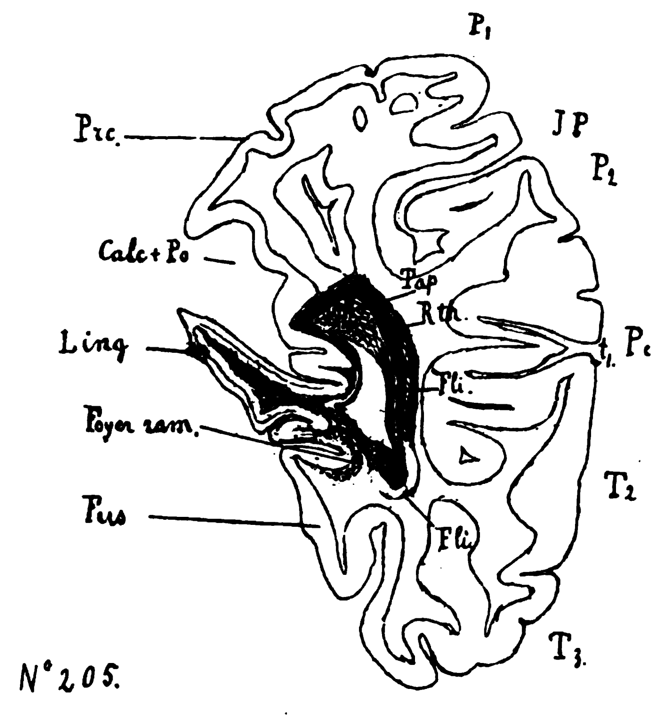


Fig. 8.

maintenant non plus le 1/4 mais au moins le 1/3 inférieur. Ensuite c'est dans l'angle extérieur de l'U (si l'on peut dire ainsi) que réapparaissent des fibres, tandis que le jambage latéral montre un défect net situé, sous forme d'une bandelette, dans la partie interne de Fli. et la partie externe de Rth. Nons avons cependant l'impression bien certaine que Fli. est beaucoup plus atteint que Rth. (*fig.* 9.)

Il est nécessaire de relever que le jambage médian et le coude de Fli. restent toujours pauvres en fibres comparativement au côté sain. Rfh. au contraire a déjà repris peu après *fig.* 9. des dimensions normales dans sa partie inférieure.

Dès environ 15 mm. en avant de *fig.* 9, nous notons une tendance prononcée de la dégénérescence à se subdiviser en deux zones. L'une, inférieure, occupe la branche horizontale interne et le coude de Fli. Elle contient des fibres longues, claires, pa-

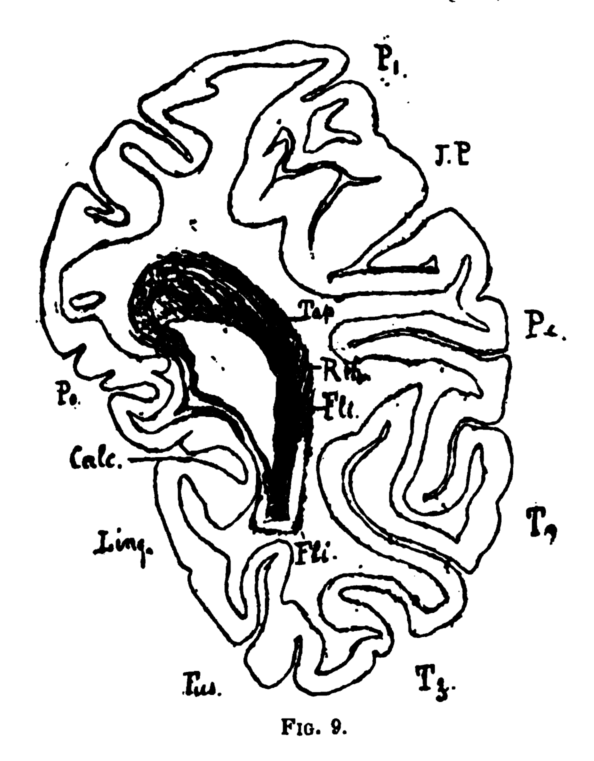


Fig. 9.

raissant venir de Rth. ou de Tap., et des fibres courtes (coupées plus transversalement) noires, plus épaisses, sans doute fibres propres de Fli., bien qu'en nombre beaucoup moindre que du côté sain. Cette infériorité de Fli. dans l'hémisphère droit, se retrouve jusqu'à la pointe du lobe temporal, (*fig.* 11, 13, 14.).

La zone supérieure, à peu près totalement dépourvue de fibres, s'est rapprochée de la pointe inférieure du noyau caudé (N. C.) qu'elle touche presque. Entre les deux zones se trouve un court

espace apparemment normal, peut-être un peu appauvri en fibres (*fig.* 10). Sur la *fig.* 11, cet espace est déjà devenu sensiblement plus grand. En raison de la pointe qui se dirige depuis le champ dégénéré supérieur vers T. 1, nous entrevoyons la possibilité qu'à l'état normal il contienne aussi des fibres allant du lobe occipital à la première circonvolution temporale. L'enche-

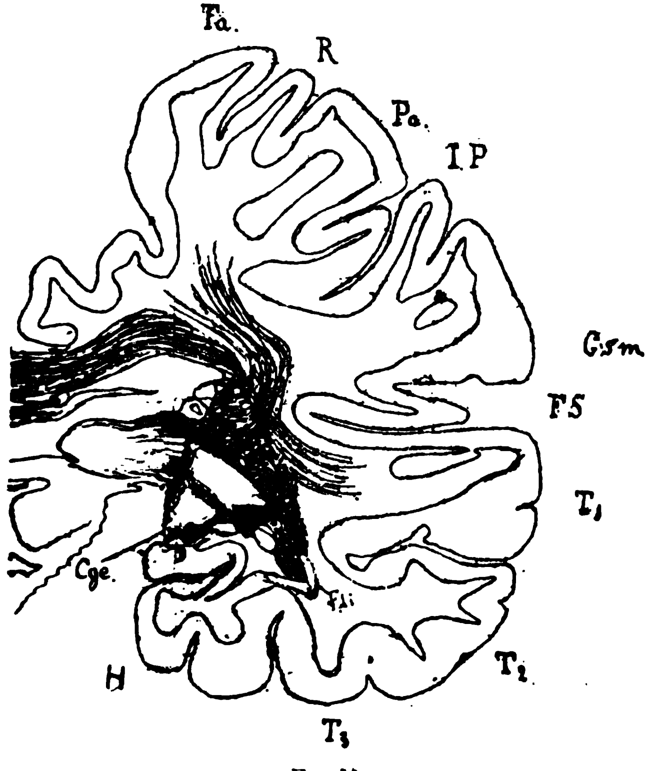


Fig. 10.

vêtrement de la substance blanche empêche de s'en rendre compte.

Sur ces coupes, il n'y a plus de différence entre les Rth. des deux côtés.

La zone dégénérée supérieure, passant en dessus de la pointe inférieure du noyau caudé aborde le corps genouillé externe par sa partie supérieure ; la substance blanche latérale inférieure de

c. g. e. paraît intacte (*fig.* 12). Il est facile de constater l'appauvrissement en fibres nerveuses de la partie supérieure de c. g. e. (*fig.* 12 et 13), tandis que sa partie inférieure, relevant de la bandelette optique, prend au Weigert une forte coloration noire.

La dégénérescence se prolonge dans le pulvinar et dans l'angle situé entre c. g. e. et c. g. i., mais nos préparations au Pal ne permettent pas de la suivre longtemps.

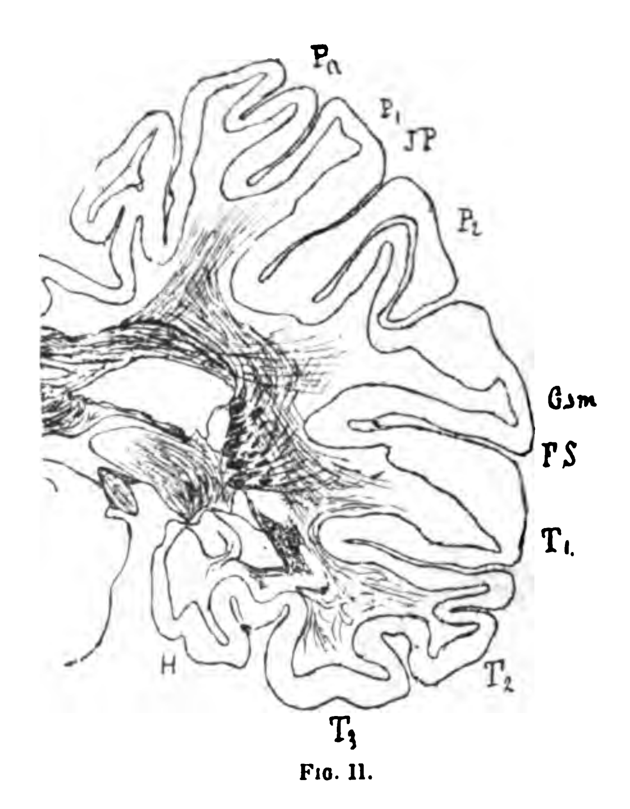


Fig. 11.

Nous avons essayé sur les *fig.* 12 et 13 de rendre l'aspect remarquable du champ de Wernike. Du côté sain nous y remarquons un enchevêtrement de deux sortes de fibres surtout :

1° Fibres partant en éventail du bord de c. g. e. Un faisceau plus serré à concavité médiane se dirige vers le pulvinar.

2° Fibres à direction transverse, de l'extérieur à l'intérieur.

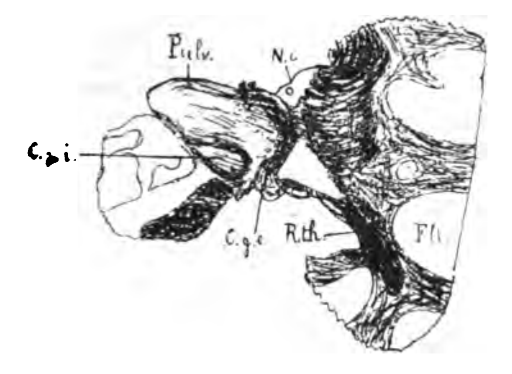


FIG. 12.

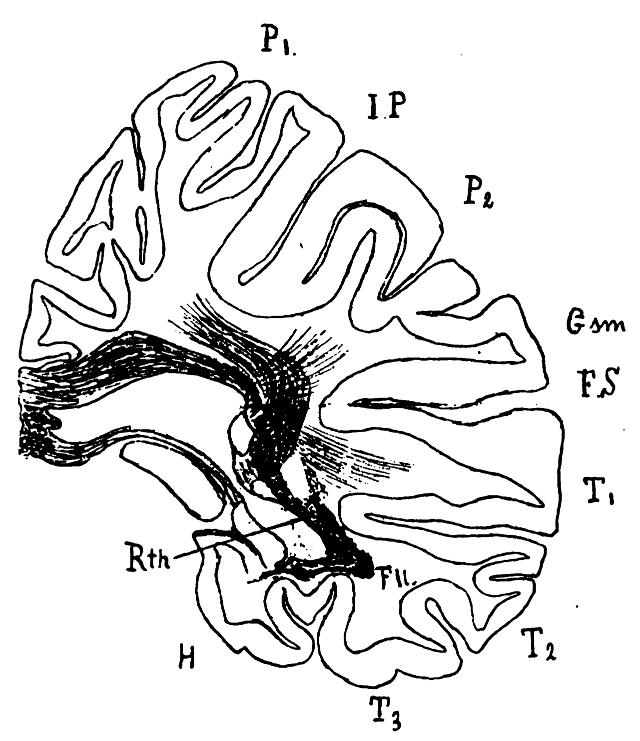


FIG. 13.

Ces dernières font défaut du côté pathologique à un endroit marqué en blanc sur nos *fig.* 12 et 13.

Nos coupes au carmin étant peu réussies, il nous est difficile de juger de l'état des cellules nerveuses de c. g. e. Il nous a paru cependant qu'elles étaient plus denses que du côté sain et de grandeurs très différentes, ce qui pourrait s'expliquer par l'atro-

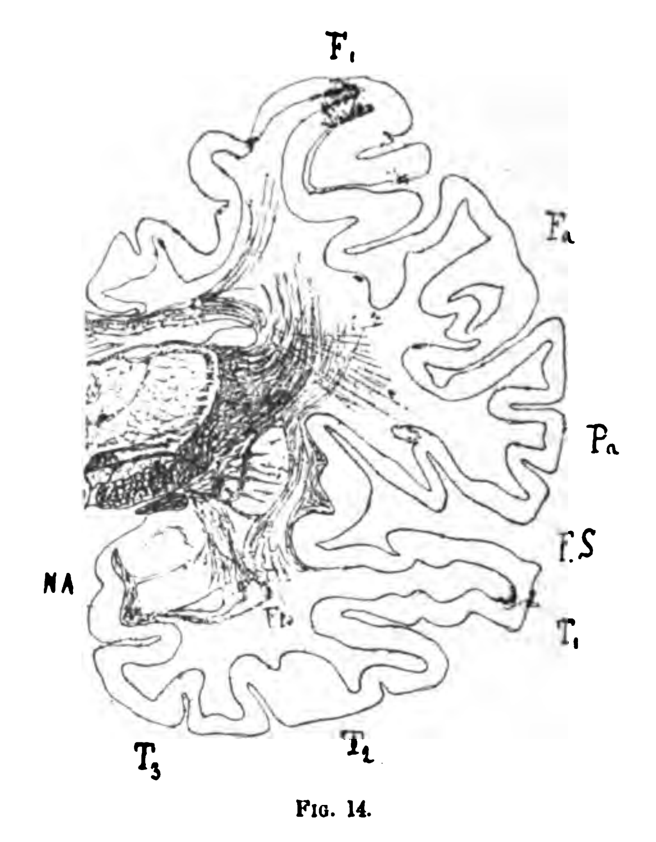


FIG. 14.

phie d'une partie d'entr'elles. Les grosses cellules de la base c. g. e. sont conservées. Sur des coupes plus frontales et où la coloration au carmin a donné de meilleurs résultats, l'atrophie des cellules nerveuses de c. g. e. (non comprises celles de la base) nous a paru bien nette.

En raison des petits foyers observés dans le corps calleux nous renonçons à décrire la dégénérescence secondaire de celui-ci.

Résumé. Après un ramollissement de la région calcarine nous constatons que :

1. Les faisceaux sagittaux ont également été lésés directement ;

2. Que la dégénérescence secondaire se localise d'abord dans la partie inférieure de Rth. et de Fli ;

3. Que cette dégénérescence se subdivise dans une région plus frontale en a), une zone inférieure se rendant au lobe temporal ; b. une zone supérieure allant à c. g. c. et au pulvinar ;

4. Que cette dégénérescence est certainement beaucoup plus forte dans Fli. que dans Rth.

Nous avons déjà relevé que le point 1. confirme l'opinion émise au sujet des lésions de cette région par M. de Monakow. Il en résulte que les dégénérescences secondaires que nous décrivons sont attribuables à la fois aux destructions corticales et aux fasciculaires et cela dans des proportions que nous ne saurions établir.

Notre seconde conclusion n'est pas nouvelle non plus. Il ressort en effet également des travaux de notre maître que la partie dorsale des faisceaux sagittaux du lobe occipital relie avant tout les parties postérieures du thalamus optique avec l'écorce pariétale. Elle n'a pas de relations de quelqu'importance avec le cunéus, le lobe lingual et O2. D'après M. de Monakow aussi, le faisceau qui unit la sphère corticale visuelle aux centres optiques primaires se divise à la hauteur de c. g. e. en 3 parties :

Une I se rendant au bras des corps quadrijumeaux antérieurs.

Une II se rendant au pulvinar.

Une III se rendant à c. g. c.

Les deux dernières sont nettement dégénérées et démontrables sur nos coupes. On y peut constater également que la substance blanche latérale et inférieure de c. g. e. est intacte et n'a donc probablement pas de relations avec la sphère optique (v. Monakow). Même remarque pour la partie inférieure de c. g. e. qui dépend directement de l'état du nerf optique et non du lobe occipital (v. Monakow).

Nous ne saurions terminer sans aborder la question des fonctions de Fli.

Pour Déjerine (Anatomie des centres nerveux I, page 780), « les dégénérescences secondaires et l'anatomie comparée montrent donc que le faisceau longitudinal inférieur est avant tout un faisceau d'association qui relie le lobe occipital et en particulier la zone visuelle au lobe temporal ». Ceci paraît être aussi l'opinion de v. Monakow (Gehirnpathologie I[re] éd., page 33) et de Sachs.

Flechsig au contraire est d'avis que Fli. est un faisceau de projection reliant le Thalamus opt. à la zone corticale visuelle. Il se base sur l'examen de cerveaux de nouveau-nés, tandis que Probst arrive au même résultat par l'étude de lésions chez l'homme et d'expériences faites sur des animaux.

Starokotlitzki (Thèse de Breslau, 1903), après avoir comparé entr'elles des coupes normales faites dans différents plans, arrive à conclure :

I. Que Fli. est en partie faisceau d'association et en partie de projection. Sa partie inférieure relie l'écorce occipitale à la temporale, est donc associative. Sa partie supérieure s'en va rejoindre les centres sous-corticaux du cerveau (Thal. opt. pulvinar, c. g. e. et c. g. i Putamen et globus pallidus) et se compose donc de fibres de projection.

C'est à cette opinion que nous voudrions nous rallier en la modifiant quelque peu.

Dans le lobe occipital, la partie inférieure de Fli. contient mélangées des fibres d'association et de projection. Plus en avant les deux systèmes se séparent : les fibres de projection s'élèvent et occupent dorénavant l'étage supérieur pour arriver à c. g. e., au pulvinar, etc. Les fibres d'association restent à l'étage inférieur et se rendent au lobe temporal.

Il est bien entendu que nous ne saurions partager l'opinion de v. Niessl (*Archiv. für Psychiatrie*, Vol. 37. Vom fasciculus long. inf.). d'après laquelle Fli., faisceau de projection, partant avant tout de c. g. e., atteindrait presque la pointe du lobe temporal et se recourberait ensuite pour arriver au lobe occipital.

En 1900 nous avons publié les résultats de l'examen d'un cas de tumeur du lobe occipital avec dégénérescence secondaire de Rth. Le néoplasme avait en quelque sorte

« mangé » le lobule fusiforme et la partie inférieure du lingual, plus en avant il occupait uniquement le dernier. La localisation était donc un peu différente de notre observation actuelle, pas assez cependant pour expliquer à elle seule le siège tout autre de la dégénérescence secondaire.

Il est évident qu'une tumeur agit autrement sur les tissus qu'une thrombose ou une embolie. D'autre part, et cela nous semble beaucoup plus important, le ramollissement a lésé directement et profondément le faisceau sagittal Fli.

Nous émettons l'avis que la localisation des dégénérescences secondaires dépend sans doute plus des lésions directes des faisceaux que de l'étendue du foyer cortical. Ceci s'appliquerait tout particulièrement au lobe occipital où il ne se produit jamais de ramollissements purement corticaux.

Travaux non cités dans le texte : v. Monakow. Ueber den gegenwaertigen Stand der Frage nach der Localisation im Grosshirn. In : Ergebnisse der Physiologie. Experimentelle et patholog. anatom. Untersuchungen ueber die optischen Centren et Bahnen. — In Archiv. fur Psychiatrie, tomes 23 et 24. M. le prof. v. Monakow a bien voulu s'intéresser à notre petit travail ; nous le remercions vivement pour ses indications.

CLINIQUE MENTALE

Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces ;

Par le Dr DROMARD.

Parmi les manifestations motrices des déments précoces, les unes semblent bien relever d'une perturbation de l'appareil moteur affecté pour son propre compte ; telles sont les crises épileptiformes signalées à titre d'épiphénomène dans un assez grand nombre d'observations ; les

autres — et ce sont les plus intéressantes — ne doivent pas être envisagées en tant que phénomènes musculaires ; toute leur valeur réside en ce qu'elles sont le reflet d'un état psychique. De celles-là le mécanisme est plus psychologique que physiologique, si l'on peut dire, et cette considération, en ouvrant un horizon sur leur pathogénie, nous laisse entrevoir l'intérêt diagnostique et pronostique de leur étude. Ce groupe de phénomènes moteurs à signification psychologique comprend, entre autres manifestations, des attitudes et des mouvements se prolongeant ou se répétant à satiété, toujours de la même façon et sans aucun but. A ces attitudes et à ces mouvements, les auteurs ont attribué un nom générique, qu'ils ont emprunté au vocabulaire d'imprimerie et qui marque avant toute autre chose une idée de fixité ; celui de *stéréotypie*.

Hâtons-nous de le dire : la stéréotypie n'est nullement l'apanage exclusif des déments précoces. La revue de Brugia et Marsocchi (1), le travail plus récent de Cahen (2), nous présentent ce symptôme comme appartenant à un assez grand nombre de cadres nosographiques. Les publications italiennes de Ricci (3) et de Mondio (4) nous l'exposent comme fréquent au cours des *démences vésaniques secondaires*. Les observations de F. Seglas (5) et de A. Marie (6) nous en fournissent des exemples très nets au cours et surtout à la fin des *délires systématisés*. Il est vrai que les partisans de la doctrine d'Heidelberg tendent à drainer au profit de la maladie de Kræpelin la

(1) BRUGIA et MARZOCCHI. — *Dei movimenti sistematizzati in alcune forme di indebolimento mentale* (*Archivio italiano per le malatic nervore e pici par colamente per le Alienazioni mentali.* Sept. 1887, Fas. V., Ann. XXIV)

(2) CAHEN. — *Contribution à l'étude des stéréotypies* (*Arch. de Neurologie* 1901, 2e série, p. 476).

(3) RICCI. — *Le stéréotypie nelle demenze e specialmente nelle demenze consecutive* (*Riv. sper di Fren. e med. leg. d. alien. ment.* XXV, 1899.)

(4) MONDIO. — *Hérédité et dégénérescence dans le développement de la démence consécutive et dans celui des stéréotypies que l'on y rencontre* (*Riv. ment. de neur. et psych.* N° 4 et 5, 1900).

(5) SEGLAS. — *Société médico-psychologique*, séances du 30 janvier et 27 février 1888.

(6) MARIE. — *Etude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur.* Paris, 1892.

plupart des observations de démences vésaniques dites secondaires et de délires systématisés à base hallucinatoire, d'où il résulte que les exemples de stéréotypie signalés en pareils cas pourraient justement figurer au contingent de la *démence précoce*. Mais pour ne point nous heurter à une question de doctrine qu'il ne nous appartient pas de trancher, nous nous garderons bien de nous étendre sur ce sujet, et nous nous contenterons de reconnaître que la stéréotypie atteint son maximum de fréquence dans les cadres nosographiques qu'on a groupés sous cette vieille dénomination rajeunie.

En dépit des nombreuses productions auxquelles l'œuvre de Kræpelin a donné l'essor, la plupart des auteurs préoccupés par la description générale de la maladie, n'ont consacré qu'un petit nombre de lignes à l'étude particulière de tel ou tel symptôme. Une étude sur la stéréotypie envisagée spécialement chez le dément précoce, nous a semblé intéressante, et pour la réaliser nous avons eu la bonne fortune de pouvoir examiner un assez grand nombre de malades appartenant pour la plupart au service de M. le D[r] Sérieux. Les considérations qui vont suivre découlent de l'observation de 75 cas.

I. **Classification**. — Nous ne chercherons pas à donner des stéréotypies une classification nouvelle, non plus qu'une nomenclature complète. Les exemples pouvant varier à l'infini, on conçoit ce que pareil essai doit avoir d'arbitraire et d'inachevé. Il est pourtant nécessaire de grouper suivant leurs formules les exemples que nous avons eu sous les yeux, et à cet effet nous adopterons la division la plus simple.

a) *Stéréot. akynétiques ou des attitudes*	a) *totales ou générales.* b) *partielles ou locales.*
b) *Stéréot. parakynétiques ou des mouvements*	a) *de la parole.* b) *de l'écriture.* c) *de la mimique.* d) *de la marche.* e) *complexes dans les actes.*

A. STÉRÉOTYPIES AKYNÉTIQUES OU DES ATTITUDES. — L'immobilité peut être considérée comme une manifestation

de l'activité musculaire, aussi bien que le mouvement; mais au lieu de se traduire par des changements de position, les actes musculaires coopèrent ici à la conservation d'une attitude.

a) Stéréotypies totales ou générales. — Parmi les attitudes stéréotypées qu'il nous a été donné d'observer chez nos malades, un certain nombre intéressent la totalité du corps, et se ramènent à une façon d'être habituelle dans *la station debout*, dans la *station assise* ou le *décubitus*. C'est ainsi que pendant des journées entières, M. C... reste debout, face au mur et dans la plus complète immobilité. Les yeux baissés, la tête inclinée sur la poitrine, les membres inférieurs à demi-ployés, il prend volontiers la position hanchée. Chaque segment de son long corps semble être en flexion sur le suivant, si bien que sa silhouette pourrait être schématisée dans un zig-zag. L'ensemble donne une impression toute particulière de flaccidité et de relâchement. Généralement le malade reste les mains dans les poches, complètement figé ; parfois il roule une cigarette et se met à fumer en souriant par intervalles, comme s'il lui venait une pensée gaie, mais sans rien changer à son attitude générale.

L'attitude stéréotypée dans la *station debout* n'est pas toujours l'attitude indifférente du repos ; elle peut être expressive d'une idée, encore que cette idée ait complètement disparu pour faire place à l'automatisme, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. M. M..., nous en fournit un exemple à la visite journalière. Dès qu'arrive le médecin, il prend la position du soldat sans armes, la tête droite, les talons joints, les bras au corps, la paume de la main en avant, le petit doigt sur la couture du pantalon.

Les stéréotypies de la *station assise* ne sont pas moins fréquentes. C'est ainsi que Mme G..., et Mlle R..., se tiennent assises les bras croisés, le corps penché en avant, tandis que Mme H..., et Mlle N..., demeurent les jambes repliées à la façon des tailleurs.

Les steréotypies du *décubitus* complètent la série. A côté des nombreux malades qui passent une partie de la journée, étendus, accroupis, ou en chien de fusil, nous citerons l'exemple de Mme B..., qui, pendant des heures,

reste sur le dos, les jambes en l'air et les jupons relevés, dans une posture peu décente.

b) Stéréotypies partielles ou locales. — A côté des attitudes stéréotypées qui intéressent la totalité du corps, il en est d'autres qui portent sur tel ou tel segment de membre, sur tel ou tel trait du visage. Mlle B..., tient pendant plusieurs heures un doigt dans sa bouche, dans son nez ou dans son oreille. D'autres fois, elle garde les yeux fermés ou n'en ouvre qu'un seul.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces stéréotypies locales dont on pourrait multiplier les exemples, mais il est certains phénomènes que nous croyons devoir leur assimiler et sur lesquels nous nous arrêterons un instant ; nous voulons parler du *refus d'aliments*, et du *mutisme*.

Dans une partie des cas, nous pensons que le refus d'aliments et le mutisme doivent être envisagés comme de véritables attitudes fixes, comme de véritables stéréotypies akinétiques intéressant l'appareil fonctionnel de la mastication ou de la phonation. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit et nous trouvons dans l'observation de quelques-uns de nos malades des raisons qui militent en faveur de cette interprétation. Le cas de M. M..., semble rentrer dans la catégorie que nous envisageons. Ce malade fit en 1893 un délire de persécution avec idées d'empoisonnement. A cette époque, il refusa d'une façon active les aliments qu'on lui présentait, et par méfiance il résolut de ne plus répondre aux questions posées.

Puis, à la longue, les idées délirantes devinrent plus vagues et finirent par s'éteindre, si bien qu'aujourd'hui il ne reste plus de ce délire qu'une phrase stéréotypée : « Je vous défends de me nourrir. » Toutefois le malade avait pris l'habitude de ne plus manger spontanément et de ne plus faire entendre le son de sa voix, et cette habitude il la conserva. Mais en l'observant journellement, nous constatons qu'il se laisse conduire sans aucune résistace dans la chambre de gavage, nous le voyons s'y asseoir lui-même sur une chaise et consentir à l'opération avec une parfaite docilité, non sans avoir prononcé la phrase

stéréotypée qui lui est familière et qu'il articule d'ailleurs d'une façon aussi indifférente que monotone.

Comment interpréter le mécanisme actuel de la sitiophobie et du mutisme chez ce malade ? Nous ne pouvons pas en chercher l'origine dans un état stuporeux, car le sujet ne présente aucun signe de stupeur. Il obéit parfaitement aux sollicitations extérieures et se détermine même d'une façon spontanée et sans aucune hésitation, en ce qui concerne les actes courants de la vie. Peut-on demander au négativisme une explication plus satisfaisante ? Nous ne le croyons pas. Chaque fois qu'on l'alimente, il est vrai, le malade paraît opposer un refus en prononçant son inévitable phrase « : Je vous défends de me nourrir. »

Mais ne nous y trompons pas. L'opposition n'est qu'apparente, car le sujet vient se livrer pour ainsi dire de lui-même à la sonde, ne fait aucune résistance, et accepte l'opération avec une passivité vraiment remarquable. Une troisième hypothèse se pose, et l'on peut se demander si le refus de nourriture et le mutisme ne sont pas ici sous la dépendance d'idées délirantes actives.

Mais si le refus de nourriture et le mutisme étaient pleinement conscients, voulus et adaptés à une idée directrice chez notre malade, nous demandons pourquoi le sujet se comporterait au rebours de cette idée en se soumettant avec docilité à l'opération du gavage. Au reste, dans la phrase qui se répète, toujours identique, nous trouvons la même contradiction : le ton qui l'accompagne n'a rien d'impératif et reste en désaccord complet avec l'idée qui semblerait y être enfermée au premier abord.

Il nous paraît donc beaucoup plus rationnel d'admettre que le refus d'aliment et le mutisme, aussi bien que la phrase en question, furent primitivement orientés par une idée délirante, mais se poursuivent aujourd'hui d'une façon tout automatique et sans que cette idée délirante préside en aucune façon à leur mécanisme actuel. Ces phénomènes, primitivement conscients et voulus, secondairement subconscients et involontaires, deviennent ainsi, de véritables stéréotypies portant sur un groupe de fonctions ; et cette interprétation est la seule qui soit sus-

ceptible de nous expliquer les contradictions apparentes que nous signalions plus haut.

Nous avons alimenté pendant longtemps dans un service voisin du nôtre, un malade qui pourrait donner lieu à des considérations analogues. Celui-là ne manifestait aucune idée délirante ; il s'occupait activement dans le courant de la journée, et on l'employait couramment à divers travaux auxquels il vaquait avec une docilité tout automatique. Quand arrivait l'heure de l'alimentation et dès qu'il apercevait le médecin, il courait au plus vite chercher sa serviette, posait son chapeau, s'étendait sur le lit et se présentait de lui-même à la sonde. Ni le délire actif, ni la stupeur, ni le négativisme ne peuvent justifier un pareil ensemble, et là encore le refus d'aliment relève d'une attitude stéréotypée de l'esprit.

B. Stéréotypies parakinétiques ou des mouvements. — La stéréotypie ne se révèle pas seulement dans l'activité musculaire statique ; elle appartient aussi à la forme dynamique de cette activité. Ce sont des mots, des phrases, des gestes, des expressions mimiques, des actes plus ou moins complexes, dont quelques-uns reviennent à tous propos, à la façon d'un « leit-motiw ».

a) *Stéréotypies de la parole.* — La stéréotypie du *langage parlé* peut porter sur des phrases entières, sur des membres de phrase ou sur des mots isolés. Mlle D.., répond le plus souvent à son interlocuteur en l'appelant « chéri » ; Mlle R... dit plus volontiers : « mon bon monsieur », et Mme G.., interpella pendant longtemps toutes les personnes qu'elle rencontrait en leur criant « bonjour, monsieur le jockey ».

La conversation de M. W... n'est pas moins caractéristique :

« Comment vous appelez-vous ? — Il ne faut jamais rien lui dire.

« Quel âge avez-vous ? — Il ne faut jamais rien lui dire ; je ne sais pas ; 22 ans.

« Quelle est votre profession ? — Sans se troubler ; 22 ans ; il ne faut jamais rien lui dire.

« Savez-vous mon nom ? — Vous êtes docteur ; je lui donne sa bénédiction.

« Savez-vous le nom de l'établissement ? — Ville-Evrard ; sans céder ; je lui donne sa bénédiction.

« Pourquoi êtes-vous ici ? — Sans se troubler ; sans céder ; je ne sais pas.

« Voulez-vous partir ? —Oui ; je ne sais pas ; sans se troubler; sans céder.

« Voulez-vous rester ? — Je veux bien ; il ne faut jamais rien lui dire.

« Pourquoi répétez-vous sans cesse les mêmes mots ? — Je ne sais pas ; il ne faut jamais rien lui dire.

On observe que l'incohérence chez ce malade est en grande partie sous la dépendance des expressions stéréotypées qui se répètent comme de véritables tics du langage ; et si l'on fait abstraction d'un certain groupe de mots qui viennent intoxiquer toutes les réponses, on s'aperçoit que le désarroi intellectuel est moins grand qu'on pourrait le croire au premier abord.

Les *néolosgimes* qui sont fréquemment utilisés par les déments précoces ne peuvent être considérés que comme des bizarreries de langage tant qu'ils sont le reflet d'une idée ; mais au bout d'un certain temps, le lien d'association qui les reliait à l'idée première ayant disparu, le malade est incapable d'en expliquer le sens et continue à les utiliser d'une façon tout automatique. Le néologisme entre alors de plein pied dans la stéréotypie.

C'est ainsi que M. P... qui exprimait autrefois ses idées de grandeur à grand renfort de néologismes, a conservé dans la suite un certain nombre d'expressions forgées qu'il débite encore automatiquement.

Parfois le caractère stéréotypé du langage n'intéresse pas seulement l'expression verbale ; il intéresse aussi l'*intonation*, laquelle peut revêtir un aspect d'originalité vraiment spécifique pour chaque malade. Mme G... a pris l'habitude de ne parler qu'à voix basse et semble avoir perdu l'usage de la parole à haute voix. Mlle H.... en s'embrassant les bras et les mains avec complaisance, prononce des paroles plus ou moins inintelligibles parmi lesquelles on distingue certains mots tels que « Dodo, gros bébé, mon mignon ». Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans ce langage, c'est qu'il est toujours émis à voix demi-distincte et sur un ton suraigu. Le sujet ga-

zouille plutôt qu'il ne parle. Cette mélopée s'accroît en intensité, en même temps que sa tonalité s'élève davantage, si la malade est en présence d'un interlocuteur ou d'un objet quelconque capable d'éveiller son attention. Mlle B..., qui loge au même pavillon forme avec la précédente un contraste évident. Les mots qu'elle prononce sont émis avec une précipitation quasi-explosive par une voix de rogomme d'une tonalité extrêmement grave, et d'une raucité telle que la parole perd véritablement tout caractère humain pour se rapprocher du cri de certains animaux. Ce langage baroque qui s'accompagne d'un tic facial très prononcé et d'un tapottement continuel des mains, donne à quelque distance l'impression d'éructations bruyantes et répétées. Dans tous ces cas, où le caractère d'uniformité spécifique porte sur l'intensité, la tonalité ou le timbre de la voix, on peut dire que la stéréotypie n'intéresse plus le vocabulaire mais la « musique du langage ».

b) *Stéréotypies de l'écriture.*— A côté de la stéréotypie du langage parlé, il faut faire une place à la stéréotypie du *langage écrit.*

M. W..., dont nous avons rapporté plus haut l'interrogatoire, sème dans tous ses écrits les expressions favorites que nous connaissons. Mlle G..., remet à chaque visite et depuis plusieurs années,une enveloppe nouvelle portant invariablement la même adresse. Voici d'autre part une lettre que nous empruntons au dossier de Mme X.....

« Mon cher mari, je t'aime et je t'embrasse de tout mon cœur ainsi que mon frère Louis et Jean et Pierre et Paul et Jean et Pierre et Paul et Jean et Paul et Jean et Pierre. Je t'aime de tout mon cœur, et je suis la plus petite femme de la terre. Je suis ici à toi, tout à toi. Je t'aime de tout mon cœur, je t'aime de tout mon cœur, ainsi que tout le monde et tous les gens de Paris qui me donneraient le plus beau des soies et des fois et des lainages sur le plus beau soir de juin à la fin du monde. Je t'aime de tout mon cœur, je voudrais bien te voir, je t'aime de tout mon cœur et je t'embrasse bien. Je t'aime et je t'embrasse de tout mon cœur ».

Parfois, le caractère stéréotypé de l'écriture, au lieu de

porter sur l'expression verbale, réside dans la recherche de certaines terminaisons, dans la forme de certaines lettres, dans la richesse de la ponctuation, dans la manifestation habituelle d'une originalité accessoire en un mot. Voici un écrit que nous empruntons au dossier de Mme F....

« Di mignos — di bellû çassiès im vênès doullerst... soungenei vâllès : dollès, hâllos, vi velguès.. difiri — finiès, h, audès biechès — hôllen,,, calfedinès — donner, dilloès, chssès... d, i, chès — calvès, sounsès... dû vîens, fôrrès ; hallès... dinè, môuillès...ullès ... allichichiès etc... »

Au milieu de cette jargonographie, la répétition continuelle des terminaisons en ès, l'abus extraordinaire de l'accentuation et de la ponctuation se présentent comme de véritables tendances stéréotypées.

Pour en finir avec la stéréotypie du langage écrit, disons encore que les signes hiéroglyphiques qui sont à l'écriture ce que les néologismes sont à la parole, peuvent être objets de stéréotypie au même titre que ces derniers. C'est ainsi que Mlle P..., trace le plus souvent lorsqu'on lui présente un papier, soit une suite de points, soit un cercle, une croix, ou quelque autre expression graphique dont le sens actuel nous échappe.

c) *Stéréotypies de la mimique.* — Les troubles de la mimique constituent dans leur ensemble l'un des chapitres les plus intéressants de l'histoire clinique des déments précoces, et la stéréotypie apporte un gros appoint à leur contingent.

On pourrait ranger dans ce cadre des stéréotypies de la mimique certains *rires* automatiques se reproduisant à tous propos, et dont les exemples sont si fréquents chez ces malades. D'autre part, certains d'entre eux semblent avoir adopté des *jeux de physionomie* qui reviennent à chaque instant sans raison et sans but. Mlle R.... est particulièrement intéressante à étudier sous ce rapport. La malade contracte fréquemment son frontal ; la peau de la région se relève avec accentuation des plis transversaux; les sourcils suivent ce mouvement d'ascension et la physionomie prend l'expression de l'*étonnement*. Parfois cette expression s'accuse davantage ; la malade reste bouche

béante et regarde autour d'elle comme si son attention était successivement captée par une série d'objets étranges ; il lui arrive même de laisser échapper, en pareil cas, des exclamations de surprise empreintes d'une niaiserie affectée. D'autres fois encore, tous les petits muscles de la face semblent entrer en jeu pour produire une grimace d'ensemble rappelant d'assez près la grimace habituelle que fait tout individu qu'on expose à une lumière trop vive ou qui cherche à fixer le soleil. Cette grimace d'*éblouissement* peut se réduire ; alors les orbiculaires se contractent seuls pour produire un clignement plus ou moins durable, qui porte sur un seul œil ou sur les deux. Souvent le haut du visage reste impassible, tandis que par un jeu des zygomatiques et des releveurs, le nez se plisse, la lèvre se soulève, et l'arcade dentaire supérieure se découvre, ce qui donne à la physionomie une expression rappelant la mimique du *dégoût*. En dehors de ces habitudes motrices portant sur certains traits du visage, la malade exécute parfois un double mouvement d'*inclination et de rotation de la tête*. Celle-ci pivote lentement autour d'un axe vertical de droite à gauche et de gauche à droite, en même temps qu'elle effectue de rapides oscillations de haut en bas, de telle sorte qu'on ne saurait mieux se représenter l'ensemble du mouvement qu'en imaginant une série de menues affirmations greffées sur une large négation.

De même que les expressions de physionomie, les *gestes* sont fréquemment l'objet de stéréotypies variées. Certains malades se livrent à une gesticulation continue : M. C.... semble prendre part à une discussion des plus animées, alors qu'il ne prononce pas une parole. Chez d'autres, c'est un mouvement favori revenant par intervalles : Mme G...., dès qu'on lui parle, écarte les doigts et considère avec une attention minutieuse le bout de ses ongles. Quelques-uns de nos pensionnaires tendent la main d'un geste visiblement automatique au moment de la visite : Mme G..., et Mlle B..., sont absolument typiques à cet égard. D'autres, comme Mme O..., ou Mlle C..., ébauchent un mouvement plus vague, comme pour atteindre et toucher ceux qui passent à portée de leurs mains.

d) *Stéréotypies de la marche.* — Le caractère stéréotypé de la marche est d'une extrême fréquence chez nos malades. Mlle B..., se traînait à quatre pattes et exécutait de véritables mouvements de reptation lors de son entrée. Plus tard et pendant fort longtemps elle ne progressa qu'en sautant. Elle trottine aujourd'hui sur la pointe des pieds. Mlle R... se promène les bras croisés en se dandinant d'une façon continue. Mme G... marche le corps penché en avant, le visage tourné vers le sol. M. M... chemine le plus souvent dans la position accroupie et en s'aidant des mains comme le ferait un cul-de-jatte. M. N.... marche de côté à la façon des crabes, ou bien il progresse par gambades. Plus souvent encore,on le voit s'engager dans une direction, puis en un point donné, faire volte-face brusquement et sans arrêt pour repartir en sens inverse ou pour décrire un angle avec sa direction première, et cela avec la régularité automatique d'une boule de billard qui vient de toucher la bande.

e) *Stéréotypies complexes dans les actes,* — Nous voulons en finir avec cette nomenclature déjà longue,en parlant des actes stéréotypés à caractère plus ou moins complexe, qui, en raison de la multiplicité des mouvements constituants ne peuvent trouver place dans les cadres précédemment étudiés.

Le plus grand nombre de nos malades ont, dans leur aspect ordinaire, dans leur façon d'être journalière, un caractère uniforme d'originalité, qui reste spécifique pour chacun d'eux. C'est une manière spéciale de manger, de s'asseoir, de s'habiller, de se coucher ; c'est une façon singulière de se comporter dans quelques-unes des mille choses de la vie. Ce sont en un mot ces habitudes coutumières que l'on désigne en langage profane lorsqu'on dit d'une personne qu'elle a des « manies ». M. M...., passe la saison d'hiver dans le couloir sur la bouche du calorifère, tandis que M. C...., fait des water-closets son lieu d'élection. Mlle M..., ne va jamais s'asseoir que sous un même arbuste du jardin, et lorsqu'elle revient au salon c'est pour prendre place sur un siège de paille qu'elle ne changerait pas pour un autre.

On peut même voir l'activité stéréotypée revêtir dans

son expression un caractère de complexité vraiment remarquable. Pendant plus de six mois, M. M..., quitta chaque jour son pavillon pour se rendre au salon des malades où il passait une partie de la journée à répéter avec une obstination désolante un air de « Martha ». Cet air n'a jamais eu de remplaçant, et durant ses longues heures d'automatisme musical, le virtuose ne s'est assurément pas plus soucié de son plaisir personnel qu'il ne s'est occupé du dépit que pouvait causer à ses auditeurs la monotonie de son programme.

Quelques-uns de nos malades firent des *tentatives d'évasion* qui méritent d'être considérées comme de véritables actes stéréotypés. Ces impulsions à répétition se reproduisaient chaque jour, toujours identiques à elle-mêmes, toujours stupides et puériles dans leur exécution. C'est sous les yeux mêmes des surveillants ou surveillantes que M. M..., et Mlle B..., ébauchèrent ainsi une série de fugues, sans prendre aucune précaution pour en assurer le succès, sans tenir aucun compte du milieu, ni coordonner la manœuvre en vue d'une fin.

Dans ces actes d'évasion, toujours exécutés de la même façon, il ne faut pas voir autre chose que la tendance de certaines représentations à vivre pour leur propre compte, sans être assimilées par une personnalité consciente, et tel est justement le caractère fondamental de toute stéréotypie.

La *masturbation* est extrêmement fréquente chez nos malades des deux sexes. Bien que la plupart des auteurs se soient accordés à signaler l'onanisme parmi les causes favorisantes de la démence précoce, nous sommes portés à croire que cette habitude est moins une cause qu'un effet, et nous ajouterons que dans bon nombre de cas tout au moins, cet effet doit être envisagé lui-même, non pas comme le résultat d'une excitation génitale exagérée mais comme une véritable modalité de la stéréotypie. Parmi nos malades, la plupart de ceux qui se livrent à une masturbation effrénée, le font d'une façon machinale et automatique, presque toujours sans éjaculation et le plus souvent même sans érection.

Il semble que, dans la majorité des cas, aucune idée ne préside à l'acte, et nous n'avons jamais observé que la

vue de l'autre sexe fût susceptible de lui donner plus particulièrement l'éveil. Il s'agit bien plutôt d'une habitude ancienne qui surgit à l'insu de la conscience et de la volonté, se reproduisant avec fréquence en tant qu'acte, tout en restant privé de contenu. D'ailleurs, la franchise et l'impudicité qui, au mépris de toutes les convenances, président le plus souvent à l'accomplissement de l'acte en question, ne semblent pas indiquer que cet acte soit nettement assimilé par la personnalité. Ici encore, nous sommes, dans nombre de cas, en présence d'une véritable manifestation de la stéréotypie.

II. **Evolution générale.** — Kræpelin, en définissant l'activité stéréotypée « la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles, ou de la répétition d'un même mouvement » (1), paraît avoir en vue les actes musculaires de la période active, ceux des catatoniques en particulier. Le mot « contracture » dont la signification est précise en neurologie, semble indiquer que, dans l'esprit de l'auteur, une circonstance physiologique immédiate préside au symptôme, une modification directe de la cellule cérébrale sous l'action d'un toxique présumé, conditionne le processus morbide dont témoignent les attitudes prolongées ou les mouvements répétés du sujet. Or, ne semble-t-il pas d'autre part que certains auteurs, M. Cahen en particulier, aient voulu décrire tout autre chose quand ils ont désigné sous le même nom « Des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui n'ayant rien de convulsif ont au contraire l'apparence d'actes intentiontionnels ou professionnels, qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui au début sont conscients, volontaires, et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition » (2) ? Ici, il ne s'agit plus d'une manifestation active, d'un phénomène irritatif appartenant au domaine de l'*automatisme primitif*; il s'agit d'une manifestation résiduelle, d'une habitude de

(1) Kræpelin. — *Psychiatrie.*
(2) Cahen. — *Loc. cit.*

l'esprit appartenant au domaine de l'*automatisme secondaire*. Nous nous trouvons donc en présence d'un problème de tous points comparable à celui que soulevait dernièrement la distinction si longtemps méconnue des tics et des spasmes, distinction que MM. Meige et Feindel ont fixée d'une manière définitive et avec toute la clarté désirable. Aussi nous paraît-il nécessaire d'obéir d'abord au besoin de précision qu'impose la nature d'un sujet déjà si complexe par lui-même, et de distinguer parmi les phénomènes qui ont été décrits sous le nom de « stéréotypie » chez le dément précoce, les attitudes prolongées et les mouvements répétés de la *période active* d'une part, les attitudes prolongées et les mouvements répétés de la *période résiduelle* d'autre part ; car, outre que la genèse et le mécanisme de pareilles manifestations sont justiciables d'explications différentes, leur évolution ultérieure doit encore contribuer à les séparer. Au reste, les considérations qui vont suivre trouvent un appui favorable dans des recherches histologiques récentes, et M. Klippel (1) apporte une confirmation matérielle à la distinction que nous allons établir, en décrivant, d'une part, des *lésions immédiates*, marquées surtout par l' « évolution granulo-pigmentaire » des cellules, et, d'autre part, des *lésions consécutives*, que caractérise « la destruction des connexions entre les différents territoires ou entre les diverses cellules de l'écorce par atrophie des prolongements qui les mettent en communication les unes avec les autres ».

1° STÉRÉOTYPIES PRIMITIVES. (ATTITUDES PROLONGÉES ET MOUVEMENTS RÉPÉTÉS D'ORIGINE CATATONIQUE.) — L'un des traits les plus essentiels de la vie psychomotrice du dément précoce et du catatonique en particulier, durant la phase active de sa maladie, réside dans cet état de stagnation et d'engourdissement, dans cette difficulté de changement qui se manifeste par la lenteur et l'incertitude des processus moteurs et que Fenzi et Vedrani ont désignée sous le nom d' « empêchement psychique ». La conservation des attitudes et la répétition incessante des

(1) *Revue de Psychiatrie*, n° 2, février 1901.

mêmes mouvements monotones pendant la période de début n'est qu'une manifestation exagérée, un témoignage ultime de cet état dont les modalités plus atténuées répondent aux simples hésitations de l'activité psychomotrice. Sans rien préjuger d'une pathogénie dont les éléments sont encore tout hypothétiques, il y a lieu de croire que ces phénomènes sont sous la dépendance d'un processus direct et probablement toxique. Quelle que soit d'ailleurs la nature du principe sur lequel on cherche à fonder la pathogénie de l'affection, il semble bien que la période active soit marquée par des modifications dans la vie fonctionnelle de la cellule elle-même, modifications en vertu desquelles cette dernière ne réagissant plus ou réagissant mal, présente une tendance remarquable à conserver d'une manière indéfinie les impressions reçues. C'est, si l'on veut, une façon de dynamogénisme ralenti, c'est un défaut de plasticité physiologique des éléments cellulaires, dont l'activité s'effectue suivant un mode nouveau conditionné par l'influence directe d'un principe modificateur. Nous ne sommes donc pas ici en présence d'une désagrégation des éléments psychiques : nous sommes en présence d'une activité modifiée de ces éléments dont la vie ralentie s'extériorise avec peine et se fige dans un état de torpeur qui pourra rétrocéder dès que l'influence en question cessera de s'imposer.

A ce groupe d'accidents primitifs, appartiennent les attitudes et les mouvements catatoniques proprement dits, qui marquent si souvent le début de l'affection. Ces poses bizarres empreintes d'une raideur perceptible au palper, ces actes guindés et ces gestes sans rondeur qui se répètent avec monotonie, rappelant les mouvements anguleux et cassants de certains jouets mécaniques, sont l'expression de ce défaut de plasticité cellulaire, et portent, même au point de vue clinique, le cachet tout spécial qu'ils doivent à leur origine.

Nous n'en citerons qu'un exemple emprunté à l'un de nos malades les plus typiques. Il s'agit d'un jeune catatonique dont la station et la marche sont absolument caractéristiques. Ce sujet, lorsqu'il se tient immobile, donne, par le port de sa tête, par le maintien de son buste et de ses membres supérieurs une impression de

raideur et de contrainte que nous trouvons plus manifeste encore lorsqu'il se déplace. Nous le voyons alors se mouvoir d'une pièce comme un automate ; ses mouvements sont brusques et anguleux. Il marche la tête baissée, le cou tendu, les épaules relevées et fortement rejetées en arrière. Les membres inférieurs progressent par saccades, et il leur arrive d'interrompre leur jeu en un temps quelconque de son évolution, comme cela se produirait chez un pantin mécanique que son rouage épuisé jusqu'au dernier cran laisse brusquement immobile une jambe en l'air. Le malade fait un pas gigantesque dès qu'il rencontre le moindre obstacle, et il reste souvent en suspens au cours de cette manœuvre. Tantôt il s'immobilise au « temps de double appui », c'est-à-dire que, la jambe première ayant franchi l'obstacle repose par le talon, tandis que la jambe dernière restée en deçà repose sur la pointe, pendant que le corps tout entier demeure penché en avant dans l'attitude du coureur attendant le signal du départ. Tantôt, ce qui est plus singulier, l'immobilisation coïncide avec le « temps de simple appui » c'est-à-dire que le corps reste en équilibre sur la jambe première au-delà de l'obstacle, tandis que la jambe dernière oscillante, après avoir franchi ce dernier, reste tendue en avant et dans l'extension complète, sans prendre contact avec le sol. Pendant ce temps, et de toutes façons, les bras se maintiennent verticalement allongés, dans un état de raideur apparente, sans aucune souplesse, sans aucun balancement. Ils sont en légère pronation, le poing fermé, le pouce en dehors et accolé à la main.

Ces attitudes fixes et ces mouvements monotones qui prennent place dans la phase active de la maladie, tendent à s'atténuer après disparition de cette phase ellemême, aussi bien que les différentes manifestations catatoniques qui leur font escorte le plus souvent. C'est ainsi qu'une de nos malades, jeune catatonique qui se traînait à quatre pattes et se tenait un bras en l'air pendant des heures entières au début de son affection, ne présente plus aucune de ces bizarreries depuis qu'elle est entrée dans la période résiduelle d'affaiblissement. Il semble donc que les attitudes et les mouvements en question,

contemporains de la période d'intoxication diffuse, si l'on peut dire, sont, en dépit de leur fixité actuelle, sous la dépendance d'une inhibition transitoire plutôt que d'une déchéance véritable. Cette considération qui explique à la fois leur caractère de *précocité* et de *regressibilité* nous a invité à les séparer, tant au point de vue clinique qu'au point de vue psychologique, des attitudes et des mouvements que nous allons désigner maintenant.

2° STÉRÉOTYPIES SECONDAIRES. (ATTITUDES PROLONGÉES ET MOUVEMENTS RÉPÉTÉS D'ORIGINE DÉMENTIELLE.) — Suivant la conception la plus généralement admise, le dément précoce, après avoir traversé une phase plus ou moins longue d'activité morbide, reste porteur d'un reliquat, et s'immobilise progressivement dans un état de déchéance intellectuelle plus ou moins marqué. A dater de ce jour, les manifestations qu'il présente ne sont plus réalisées à la faveur d'une action directe d'un toxique présumé sur les cellules cérébrales, action dont les effets immédiats ont dû rétrocéder après élimination du principe modificateur ; elles sont conditionnées par une atteinte profonde et irrémédiable des éléments les plus vulnérables, à titre de reliquat. A ce moment, la cellule, détruite en partie, mais ayant recouvré une certaine vitalité, agit avec le capital qui lui reste et vit avec le petit nombre de relations que lui a laissées le processus éteint. En d'autres termes, la période aiguë passée, la cellule amoindrie, mais non plus gênée dans son fonctionnement, va reconquérir un moignon d'activité. Cette activité réduite va se traduire par des associations fragmentaires, dépendant mal les unes des autres, par suite de la disparition de leurs contacts et de leurs liens normaux, et la stéréotypie *secondaire*, phénomène résiduel, sera le témoignage de cet état de désagrégation, ainsi que nous nous efforçons de le montrer dans un autre travail.

A cette catégorie appartiennent la plupart des exemples que nous avons cités dans le chapitre précédent et qui sont recueillis chez des malades internés depuis plusieurs mois et même plusieurs années. Ici, attitudes et mouvements sont empreints d'une aisance et d'un na-

turel qui forment contraste avec la gêne et la raideur que nous signalions plus haut.

C'est d'eux dont on peut dire qu'ils ont pour caractère « d'être coordonnés, de n'avoir rien de convulsif, et de présenter au contraire toutes les apparences d'une activité intentionnelle ou professionnelle », suivant la définition de M. Cahen.

En donnant à ce deuxième groupe de stéréotypies un caractère résiduel, nous ne les dégageons nullement du domaine de l'automatisme. Seulement, il ne s'agit plus comme tout à l'heure d'automatisme primitif, mais bien d'automatisme secondaire. L'activité stéréotypée n'est plus le résultat d'une influence inhibitoire ou irritative subie par les centres psycho-moteurs, elle est le résidu misérable d'une activité qui fut adaptée, consciente et volontaire dans le passé. Les attitudes et les mouvements qui la représentent ont été engendrés autrefois par une idée, mais cette idée a disparu petit à petit, tandis que l'acte adéquat s'est continué à la façon d'une habitude acquise. Cet acte qui traduisait jadis des états psychiques, se reproduit aujourd'hui sans raison et sans but. Quelles que soient les conditions de cette survivance de l'acte à son contenu idéationnel, quel que soit le mécanisme de ce divorce entre l'élément moteur et son élément psychique adéquat, il est certain que par un examen rétrospectif, on peut, dans l'immense majorité des cas, découvrir comme point de départ d'un acte inexplicable actuellement, un passé idéo-affectif qui lui tient lieu d'origine.

Parmi les actes de la vie consciente et volontaire, il en est qui sont particulièrement capables de se transformer en stéréotypies ; ce sont ceux qui ont été fortement imprimés dans la conscience par un état émotionnel. Cette proposition se déduit naturellement de cette vérité générale, à savoir que notre vie affective est la grande dispensatrice de nos souvenirs, et qu'il faut chercher dans l'intensité de ses ébranlements la cause fondamentale de la fixation de nos images kinesthésiques comme de toutes nos images mentales. Or la vie affective de la plupart des déments précoces est profondément impressionnée par des idées délirantes et des représentations hallucinatoires pendant la période aiguë de l'affection ; et nous ne

devons pas manquer d'ajouter que cette impression a d'autant plus plus de force, qu'elle est maîtresse exclusive des lieux ; n'est-il pas vrai, en effet, que les états réducteurs qui pourraient en quelque sorte la mitiger, sont justement en déficience dès cette époque, par suite de la disparition progressive des sentiments altruistes d'une part et de la faculté d'attention d'autre part ? Il ne faudra donc pas s'étonner de trouver dans les *idées délirantes anciennes*, le point de départ d'un très grand nombre de stéréotypies qui nous apparaissent comme un témoignage posthume de cette activité émotionnelle désormais éteinte.

L'observation de Mme N.... nous en fournit le plus bel exemple. Cette malade prononce constamment la même phrase : « Est-ce bête, est-ce vilain, est-ce mal ! J'ai passé le grand bon Dieu sous terre ! ». Cette phrase est, à n'en pas douter, le reliquat d'un ancien délire. Nous en trouvons la preuve dans un écrit datant du 20 juin 1899 et dont voici la copie :

« J'ai commis des crimes effrayants, épouvantables. La grande « noblesse de France est restée cachée sous terre. Mon Dieu, je « vous demande pardon. C est ce qu'il y a de plus petit sous ter- « re. J'ai jeté tout le monde par terre en une minute. C'est indi- « gne. J'ai passé sous Dieu tout le temps de ma vie. Le crime que « je viens de commettre est irréparable. J ai descendu les cieux « sous terre. Je suis seule sur la terre avec mes petits bras. »

Cet écrit marque déjà une certaine tendance à la stéréotypie ; l'idée s'y meut dans un cercle restreint et les mêmes mots reparaissent souvent. Il s'agit néanmoins d'un délire actif, et les réactions de la malade à cette époque en témoignent largement. Deux ans après, il ne reste plus de ce passé d'activité délirante, qu'une phrase stéréotypée dans laquelle le délire s'est petit à petit condensé et comme cristallisé. Cette phrase que nous connaissons, n'est plus aujourd'hui qu'un tic du langage. Elle se répète sans cesse d'une façon tout automatique, et quand on demande à la malade : « Qu'est-ce qui est bête ? Qu'est-ce qui est vilain ? Qu'est-ce qui est mal ? » elle regarde son interlocuteur avec un œil hébété, et reste incapable de lui fournir une réponse. C'est en vain qu'on chercherait à réveiller ses souvenirs touchant un délire qui n'existe plus.

Le cas de M. M... n'est pas moins instructif. Au début le malade refuse de répondre parce qu'il nourrit des idées de persécution ; il refuse de manger par crainte d'être empoisonné. Puis il prend par routine cette attitude habituelle du sitiophobe, et petit à petit son délire, de moins en moins actif, finit par se condenser dans une phrase qu'il répète machinalement dès qu'on prend la sonde : « Je vous défends de me nourrir. »

Cette proposition témoigne d'une origine intentionnelle, consciente et volontaire dans le passé ; mais la docilité tout automatique avec laquelle le malade se soumet et qui contraste singulièrement avec le caractère impérieux de la formule, prouve surabondamment que cette intention, cette conscience, cette volonté n'existent plus dans le présent. La phrase n'a plus de contenu ; elle n'est que l'enveloppe survivante d'une idée disparue.

Mme M...... et Mme H...... sont deux démentes paranoïques déjà âgées, qui présentèrent au début de leur affection des idées hypocondriaques et de persécution à base hallucinatoire. Ces deux malades conservent aujourd'hui, malgré l'extinction de leur délire, des habitudes qui nous y reportent, sans équivoque. L'une a la tête constamment bandée d'un mouchoir dont elle se protégeait jadis contre les tentatives malveillantes de ses agresseurs ; l'autre porte autour de la taille une serviette mouillée, comme au temps où elle redoutait l'influence néfaste des effluves électriques.

Nous ne multiplierons pas davantage les exemples ; mais avant d'en finir avec l'origine primitivement délirante des actes stéréotypés, nous tenons à faire observer qu'entre l'expression motrice actuelle et l'idée délirante ancienne, le lien n'est pas toujours facile à découvrir. Certains actes, alors qu'ils étaient adaptés à une idée, pouvaient n'avoir cependant qu'une valeur conventionnelle. En d'autres termes, le lien idéo-moteur pouvait être purement individuel et subjectif à cette époque. Tel est le cas de certains gestes de défense, ayant pour le malade la valeur d'une conjuration. Ces gestes qui sont au point de vue mimique l'équivalent d'une écriture hiéroglyphique ou d'un néologisme, restaient incompréhensibles pour autrui, à l'époque où ils avaient un caractère

intentionnel : à plus forte raison est-il difficile d'en ressaisir le contenu, le jour où, ce contenu ayant disparu, l'acte s'est transformé en stéréotypie.

Si les actes primitivement adéquats à un délire quelconque sont aptes entre tous à la transformation stéréotypique, il en est d'autres qui jouissent du même privilège pour des raisons différentes. En effet la fixation des images kinesthésiques n'est pas seulement sous la dépendance des phénomènes émotionnels qui leur font escorte. L'intensité de cette fixation peut être due à l'apparition particulièrement fréquente des images en question dans le champ de la conscience, sans rien préjuger du concomitant affectif. Aussi les *actes professionnels*, dont le contenu affectif est restreint, apportent pourtant un sérieux appoint au contingent des stéréotypies.

L'observation de M. M.... nous en a fourni un exemple. Ce malade qui, à chaque visite, prend automatiquement la position réglementaire du soldat, est un ancien militaire. M. N.... qui se destinait au théâtre, passe des journées entières à répéter le même geste d'un acteur en renom ou à réciter le même passage d'un auteur connu : il débite pendant des heures un même vers de *Ruy-Blas*. M. B...., dont les prétentions artistiques furent plus modestes, grimace continuellement en se dandinant avec une sorte de niaiserie affectée, dans laquelle on devine le rôle qu'il occupait jadis au café-concert.

A côté des cas où la formule de l'acte stéréotypé trouve son explication dans des circonstances parfaitement définies, telles qu'un *délire ancien* ou des *habitudes professionnelles antérieures*, il en est d'autres où la genèse de cette formule est tout à fait *fortuite* et ne prête à aucun groupement. Ici, c'est une expression rencontrée par hasard, qui se fixe et revient pendant un temps avec une persistance désespérante ; là, c'est un mouvement banal qui, ayant eu sa raison d'être un beau jour, se reproduit plus ou moins longtemps sans qu'on sache bien exactement la cause de cette prédilection.

Mme G.... pose à toutes les personnes qu'elle rencontre une série de questions : « Comment vous appelez-vous ? Quel métier faites-vous ? etc.» Mais les réponses lui importent peu : et quand on croit lui avoir donné sa-

tisfaction, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle n'y a prêté aucune attention. Elle n'en continue pas moins son interrogatoire, refaisant à nouveau les mêmes demandes et les répétant à satiété d'une manière automatique.

Elle fait une série de remarques à son interlocuteur : « Vous avez de beaux yeux ; vous avez une jolie moustache ; vous avez un beau chapeau ; vous avez une jolie bague, etc. » Mais ces remarques toujours identiques sont absolument machinales, et n'arrêtent pas un seul instant sa pensée. Il est particulièrement intéressant d'examiner l'évolution de ces habitudes verbales, car on y peut suivre pas à pas la genèse de cet automatisme secondaire dont nous parlions tout à l'heure. Autrefois, Mme G... faisait volontiers sur les traits ou le costume de son entourage des observations dont quelques-unes ne manquaient pas d'à propos. Si l'on observait alors sa physionomie, on constatait que l'expression du visage, habituellement figée, s'éveillait aussitôt comme pour reprendre une animation normale. De plus, il arrivait à la malade de rappeler telle ou telle remarque faite par elle-même plusieurs jours auparavant. Aujourd'hui, le nombre des observations qu'elle fait, se réduit à trois ou quatre ; ces observations ne varient plus. Pendant qu'elle parle, sa physionomie reste absolument impassible, et à la fixité atone de son regard, on croirait entendre parler une somnambule. Aussitôt faite, la remarque est oubliée : les yeux et la pensée vont ailleurs comme au hasard, et l'expression du visage n'attend ni approbation ni désapprobation de la part d'autrui. Si donc nous cherchons à établir une comparaison entre le passé et le présent, nous pouvons ramener à trois les modifications apportées par le temps : réduction progressive du nombre des remarques ; caractère de plus en plus faible de l'expression émotionnelle ; durée de plus en plus courte de l'impression consciente. Voilà bien le témoignage d'un acheminement progressif vers l'automatisme.

Les stéréotypies *secondaires* dont nous venons de fixer la genèse appartiennent, en vertu même de leur mécanisme, à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Toutefois, leur caractère résiduel n'implique pas forcément pour elles une apparition aussi tardive qu'on

pourrait le croire. En effet si elles sont l'expression d'un résidu, ce résidu lui-même — nous voulons dire le déficit intellectuel — est ici présent dès le début de l'affection. Nous ne saurions mieux exprimer notre idée qu'en empruntant une comparaison à la médecine du corps. Dans la pathologie générale des tissus, l'inflammation et la sclérose se font normalement suite, la seconde succédant à la première à la façon d'un reliquat. Or, dans l'ordre rationnel des choses, le processus actif de l'inflammation constitue une première étape et le processus résiduel de la sclérose en représente une autre ; mais, en matière de chronicité tout au moins, n'est-il pas vrai que le deuxième marche côte à côte avec le premier dès le début de l'action ? N'est-il pas vrai que, dans cette transformation progressive, dans cet effondrement à longue échéance du tissu normal, la sclérose vient apporter son œuvre de reconstitution pathologique sur un point, à mesure que s'est effectuée sur ce point l'action dévastatrice de l'inflammation, si bien qu'on retrouve sur une même coupe anatomique la double signature de l'activité morbide et de son résidu ? N'est-il pas vrai, d'autre part, que l'expression clinique de pareilles modifications morbides sera commandée d'emblée chez les uns par la note inflammatoire, par le processus actif en un mot, au lieu que chez d'autres, cette note inflammatoire restant silencieuse, ce processus actif s'effectuant sans tapage, c'est à la sclérose, c'est au résidu morbide que la maladie devra ses symptômes révélateurs et le malade ses troubles les plus accusés. Eh bien ! le processus, dont dépendent les stéréotypies secondaires est au processus dont dépendent les stéréotypies primitives ce que la sclérose est à l'inflammation, c'est-à-dire que ce processus est un reliquat, lui aussi, mais un reliquat qui apparaît au fur et à mesure que se consomment les modifications fonctionnelles engendrées par le processus actif, si bien que lorsqu'il ne se trouve pas éclipsé par l'expression clinique de ces dernières, il peut être mis en évidence dès le début. Or, dans une grande partie des cas, le tableau de la démence précoce se déroule réellement en deux phases dont la première témoigne d'un processus *actif* et la deuxième d'un processus *résiduel* : les attitudes et les mouvements cata-

toniques dominent la scène pendant la période de début, et les manifestations résiduelles qui nous intéressent n'apparaissent avec évidence qu'à partir du jour où cette phase solennelle ayant pris fin, cesse de les obscurcir. Mais assez souvent, l'évolution morbide n'est pas aussi franchement scindée ; elle paraît prendre une allure chronique et relativement torpide d'emblée, et il semble que la période active soit plus ou moins fondue avec la période résiduelle : alors, les phénomènes à grand spectacle faisant défaut, les phénomènes catatoniques se manifestant seulement sous la forme atténuée de l' « hésitation psycho-motrice », les manifestations résiduelles que nous envisageons deviennent perceptibles de très bonne heure. Cette considération est surtout applicable aux *hébéphréniques*. Chez les *paranoïques*, au contraire, l'apparition des stéréotypies *secondaires* est certainement plus tardive. En effet, ces stéréotypies ayant presque toujours chez eux un point de départ délirant, ne peut prendre naissance, en tant que stéréotypie vraie, que si les facultés sont suffisamment affaiblies et le délire suffisamment éteint pour que l'acte, devenu habitude, se poursuive privé de son contenu idéo-affectif, et sans aucune participation de la conscience et de la volonté. Or, la persistance relativement plus longue de l'activité délirante et des facultés générales chez les paranoïques, par rapport aux hébéphréniques, est un élément capable de reculer chez eux l'échéance de la stéréotypie.

Les stéréotypies *secondaires*, quelle que soit l'époque de leur apparition, tendent à se simplifier et à s'unifier de plus en plus. A mesure que les représentations deviennent de moins en moins nombreuses, une sélection s'effectue, et dans cette lutte pour la survivance, ce sont généralement les formules les plus anciennes qui restent maîtresses des lieux, justement parce qu'elles se recommandent d'une plus longue habitude, et sont assises par suite sur des bases plus solides. Mais dans cette « condensation », il ne faudrait pas voir une « régression » ; nous y trouvons, au contraire, la marque d'une évolution progressive tendant vers l'unité d'expression motrice. L'activité stéréotypée d'origine résiduelle ou démentielle se présente avec une pureté toujours croissante, à mesure

que progresse la déchéance de l'individu, et l'on peut même dire qu'elle résume toute la vie motrice de nos déments retraités.

III. — **Valeur clinique.** — A. Fréquence. — S'il est vrai qu'un signe clinique a d'autant plus de valeur qu'il occupe une place plus prépondérante dans le tableau morbide, on peut dire que parmi les symptômes de la démence précoce, il en est peu qui puissent rivaliser d'importance avec la stéréotypie.

La fréquence des actes stéréotypés chez les déments précoces doit être envisagée à un triple point de vue : a) *Fréquence globale* ; b) *Fréquence suivant la forme de l'affection* ; c) *Fréquence suivant la période de la maladie.*

a) La *fréquence globale* nous a paru considérable à ce point que sur 75 observations, une cinquantaine environ nous en ont fourni des exemples parfaitement nets. Il est à peine besoin de dire que nous ne donnons pas à ce chiffre la valeur d'une statistique rigoureuse, car entre la simple tendance à l'activité stéréotypée, d'une part, et la stéréotypie définitivement établie d'autre part, il y a tous les intermédiaires. Quoi qu'il en soit, il nous a été facile de reconnaître par un examen comparatif que cette proportion ne souffrait aucune concurrence de la part des malades appartenant à d'autres cadres nosographiques.

b) La fréquence des manifestations stéréotypiques est variable suivant les formes de l'affection, chaque forme étant considérée en bloc.

Les *catatoniques* sont certainement les mieux partagés, et cette prérogative n'a pas lieu de nous surprendre, puisque c'est chez eux que les troubles psycho-moteurs en général, atteignent leur maximum d'intensité. Toutefois, il est bon d'observer qu'il s'agit presque toujours ici de *stéréotypies primitives*.

Les *hébéphréniques* et les *paranoïques* présentent plutôt des *stéréotypies secondaires*, et à cet égard, ils sont sensiblement sur le même pied. Chez l'*hébéphrénique*, en effet, l'affaiblissement intellectuel est dès le début plus fondamental, plus flagrant que chez le paranoïque, et

c'est là un gage de fréquence pour la stéréotypie, mais par contre la mobilité extrême des conceptions délirantes constitue un élément défavorable à la fixation de telle ou telle formule d'extériorisation motrice.

Le *paranoïque*, au contraire, conserve une activité relativement prolongée, ce qui est un facteur défavorable à l'éclosion de la stéréotypie. Mais il prend sa revanche par un autre côté. En effet, si l'on considère que les stéréotypies ont très fréquemment leur origine dans une idée délirante ancienne, on conçoit que la condition la plus favorable à leur genèse en pareil cas, doit être la fixité de cette idée délirante elle-même ; c'est, en effet, de cette fixité dans l'idéation que va dépendre l'uniformité de la route par laquelle doit se faire l'extériorisation motrice. Or, cette fixité de l'idée délirante, le paranoïque la réalise mieux que l'hébéphrénique. Son délire est plus intense, plus profond, plus cohérent ; celui de l'hébéphrénique plus faible, plus superficiel, plus lâche, plus décousu.

c) La différence de fréquence s'accroît si, au lieu d'envisager chacune des formes cliniques en bloc, on les considère suivant la période de la maladie.

Les *catatoniques*, après avoir présenté de la fixité des attitudes et des mouvements durant la période *active* de l'affection, perdent le plus souvent de cette fixité lorsqu'ils s'engagent dans la période de déchéance définitive, sans être exempts toutefois des stéréotypies secondaires.

La prédominance de la stéréotypie dans la phase *terminale* s'accuse assez nettement chez l'*hébéphrénique* dont l'activité stéréotypée existe d'abord à l'état de tendance pour s'accroître d'une façon progressive dans la suite. La différence est encore plus marquée chez le *paranoïque* dont l'activité stéréotypée semble s'accumuler presque exclusivement sur la période *finale* de la maladie.

B. Causes d'erreur. — Pour conserver à la stéréotypie toute sa valeur clinique, il importe d'en marquer les limites d'une façon précise, et pour cela il faut se garder de grouper les phénomènes d'après leurs seules manifestations extérieures, sans interpréter le contenu psychologique de ces manifestations.

Pour qu'il y ait stéréotypie, il ne suffit pas que l'attitude fixe où la gesticulation répétée soit intempestive à l'instant ou elle s'exécute et par rapport au milieu, il faut qu'au moment même de son exécution, l'acte ne soit plus lié à l'idée qui dans le passé lui a donné naissance. C'est là un fait sur lequel les auteurs n'ont peut-être pas insisté d'une façon assez rigoureuse : il est cependant de première importance, car il détient la valeur diagnostique et pronostique du phénomène. C'est pour n'avoir pas marqué cette différenciation capitale et pour avoir englobé sous la même rubrique des actes répétés qui sont encore liés à une idée directrice, qu'on a souvent méconnu la signification quasi-spécifique de la stéréotypie. Une réaction motrice ne mérite le nom de stéréotypie que si elle s'effectue en dehors de tout commandement volontaire et conscient : voilà ce dont il faut bien se pénétrer. Les mouvements qu'exécutent certains malades sous l'influence d'une idée pathologique obsédante peuvent se répéter avec insistance ; de plus, ils peuvent sembler parfaitement intempestifs par rapport au milieu ; mais leur tenacité est en rapport avec la fixité de l'idée directrice, leur incongruance par rapport au milieu ne fait que refléter le caractère illégitime de cette idée. Le jour où, l'idée délirante ayant disparu, le malade continuera sa manœuvre d'une façon automatique, ce jour-là seulement cette manœuvre sera bien vraiment une stéréotypie. Sans doute, la distinction n'est pas toujours aisée dans la pratique, car l'idée ne s'efface jamais d'une façon brusque et subite ; entre le délire actif et le reliquat stéréotypé d'un délire éteint il y a tous les intermédiaires, et c'est par une suite de degrés insensibles que l'acte normal, extériorisation de la pensée, se transforme en une stéréotypie vide de contenu. Il nous paraît cependant essentiel de délimiter l'activité stéréotypée ainsi que nous venons de le faire, sous peine de voir son domaine s'étendre à tout acte persistant ou répété chez un aliéné.

L'expression mimique de certaines *obsessions* pourrait induire en erreur. Les phénomènes pourtant sont bien différents, car les actes dont il s'agit restent en parfaite concordance avec les troubles idéo-affectifs, et tant que

cette concordance existe, si persistante que soit la répétition des modalités expressives, on ne peut pas dire qu'il y a stéréotypie.

L'expression mimique de certains *délires* prêtent aux mêmes considérations. Le geste du persécuté qui cent fois par jour va regarder par le trou de la serrure, n'est pas une stéréotypie, malgré son caractère inopportun et sa répétition : si l'acte est absurde et abusif, c'est parce que l'idée qui le commande est elle-même absurde et abusive ; mais l'acte reste étroitement associé à l'idée et c'est là le fait important.

En développant les considérations générales qui précèdent, il serait facile de montrer qu'à chaque modalité de stéréotypie correspond une *pseudo-stéréotypie*. C'est ainsi que des *pseudo stéréotypies akinétiques* sont figurées par les attitudes volontairement conservées, en rapport avec une hallucination actuelle ou avec une idée délirante active. De même, les gestes bizarres dont certains malades soulignent leur délire avec persistance constituent de véritables *pseudo-stéréotypies parakinétiques*.

Il ne faut pas confondre non plus la stéréotypie de l'écriture avec les répétitions incessantes des persécutés graphomanes qui cherchent à attirer l'attention sur des faits auxquels ils attachent une grande importance, en employant à satiété les mêmes expressions, en utilisant les pléonasmes, en accumulant les synonymes, ou en se complaisant dans la paraphrase sans cesse renaissante d'une même idée.

Il ne faudrait pas davantage confondre la stéréotypie de la parole avec les néologismes qui reviennent perpétuellement dans le discours de certains malades. Les persécutés en font usage pour exprimer d'une manière elliptique ou symbolique leurs convictions erronées, de sorte que ces expressions verbales, loin d'être privées de contenu, servent au contraire à fixer une pensée. Le mot dit tout : il n'est donc pas dépourvu d'idée, tant s'en faut. Le néologisme, quelque répété soit-il, ne devient stéréotypé que lorsque le lien d'association qui le reliait à son objet a disparu, le malade continuant à se servir automatiquement du même langage.

Enfin le *mutisme* lui-même, que nous avons considéré

comme ressortissant parfois au cadre de la stéréotypie, peut avoir un substratum idéo-affectif chez tel malade qui garde le silence pour expier les fautes imaginaires dont il se croit coupable, chez tel autre qui craint de compromettre sa situation en parlant, chez tel autre encore qui tient sa langue serrée entre ses dents parce qu'il est en proie à des hallucinations psycho-motrices, etc... Dans tous ces cas, l'attitude du silence a sa raison d'être : c'est une pseudo-stéréotypie qui ne deviendra stéréotypie vraie que le jour où elle subsistera dénuée de son ancien contenu.

Pour synthétiser les remarques précédentes, nous ne saurions mieux faire que de citer l'exemple d'un malade chez lequel nous avions diagnostiqué une *démence précoce* en nous fondant sur de prétendues stéréotypies qui ne se justifièrent pas dans la suite. Il s'agit d'un jeune homme qui, après avoir été interné pour des phénomènes passagers de confusion mentale avec délire hallucinatoire, présenta ultérieurement des manifestations d'apparence stéréotypique. Le malade, pendant des journées entières, tournait en huit de chiffre, les mains dans les poches ; ou bien il répétait à haute voix le même nombre pendant de longues heures. Le diagnostic semblait d'autant plus vraisemblable que le sujet traversait un peu plus tard une période de mutisme, et opposait à la plupart des sollicitations une résistance voisine du négativisme. Or les faits démontrèrent que le mutisme était volontaire et l'opposition raisonnée. Quant aux actes prétendus stéréotypés, ils avaient un contenu idéo-affectif très net, une intentionnalité parfaitement établie. Le sujet obéissait en effet à de véritables calculs : il se persuadait à lui-même que lorsqu'il aurait répété un certain nombre de fois le chiffre 13, il recevrait la visite de sa famille ; il s'imaginait qu'après avoir fait pendant un certain nombre d'heures le tour d'un arbre, il sortirait de l'établissement où il était retenu, etc. Au reste, des renseignements ultérieurs mirent en évidence des antécédents personnels extrêmement chargés, tant au point de vue des phobies et des obsessions qu'au point de vue du déséquilibre moral, et ces données jointes à l'interprétation des faits précédents confirmèrent notre erreur primitive et nous firent

rectifier le diagnostic dans le sens de la *dégénérescence mentale*.

Ainsi les *pseudo-stéréotypies* peuvent exister dans une foule d'affections et favoriser des erreurs. Elles existent également au cours de la démence précoce elle-même, et mieux encore, on peut dire que la plupart des stéréotypies secondaires du dément précoce ont été précédemment des pseudo-stéréotypies. Cette considération nous indique que, pour affirmer la stéréotypie constituée chez ces malades, il faudra savoir interpréter « l'équivalent intellectuel » de la formule motrice, si l'on peut dire, et reconnaître sans équivoque qu'il n'existe derrière cette formule motrice aucune idée délirante active, aucune représentation hallucinatoire actuelle, aucun contenu idéo-affectif, en un mot. C'est d'après l'ensemble des réactions que présente le malade, d'après sa façon générale de se comporter, qu'on reconnaîtra si, oui ou non, il pense et sent ce qu'il dit ou ce qu'il fait, et si la parole ou l'acte en question mérite d'être considéré comme une véritable expression de *stéréotypie*.

C. Signification diagnostique. — La *stéréotypie*, nous l'avons déjà dit, n'est pas l'apanage exclusif du *dément précoce*, puisqu'on la rencontre dans les *démences vésaniques secondaires*, dans les *délires systématisés chroniques* et dans la *paralysie générale* ; mais elle prend chez lui, au point de vue clinique, une grande importance. Sa prédominance, surtout si elle est associée à d'autres symptômes psycho-moteurs, devra toujours être prise en considération et permettre souvent au clinicien de s'orienter.

a) La stéréotypie est un des caractères fondamentaux de *l'excitation du dément précoce*, tandis que ce caractère n'appartient guère à *l'excitation du maniaque* ni même à celle du *paralytique général*. Et tout d'abord, l'excitation du *dément précoce*, aussi bien dans les paroles que dans les actes, est empreinte des *caractères extrinsèques* de l'activité stéréotypée. Le même acte est effectué sans trêve, le même geste est exécuté à satiété, la même phrase est constamment répétée. C'est que le malade utilise un nombre réduit de représentations, c'est qu'il se détache avec difficulté de chacune d'elles, c'est qu'il existe, en un

mot, derrière son agitation, un profond engourdissement cérébral, en dépit de l'activité apparente. Cet état tranche singulièrement avec la richesse d'expression de *l'agité maniaque*. Ici, les éléments de la pensée, s'ils manquent de coordination, restent du moins nombreux et variés. C'est un remous perpétuel des images qui se présentent en foule et s'associent, au hasard il est vrai, mais avec une dextérité remarquable ; c'est un flot de paroles traducteur de l'idéorrhée ; c'est un luxe inouï dans les gestes, un inépuisable défilé de mouvements. Il ne s'agit plus ici d'une excitation uniforme et pauvre dans ses manifestations, mais d'une excitation mobile et essentiellement polymorphe.

Ce n'est pas tout. On retrouve, même dans l'agitation du *dément précoce*, le caractère *intrinsèque* fondamental de l'activité stéréotypée, c'est-à-dire l'absence de contenu idéo-affectif. Chez le *maniaque*, l'excitation motrice est la traduction directe d'une excitation intellectuelle ; elle ne fait qu'extérioriser l'exaltation des facultés idéationnelles, sensitives et volitionnelles du sujet. Chez le *dément précoce*, au contraire, l'excitation motrice se traduit en dehors de l'activité psychique, et en quelque sorte pour son propre compte ; elle n'est nullement le reflet de cette activité. Le divorce entre l'acte et l'idée apparaît avec évidence dans toutes ses manifestations.

En résumé, tandis que le *maniaque* se signale par la variété incessante et la richesse de son activité motrice, laquelle est l'expression parfaitement adéquate de son activité intellectuelle, le *dément précoce agité se reconnait à la monotonie et à la répétition des mêmes mouvements, effectués sans aucun rapport avec un substratum d'hyperactivité idéationnelle.*

b) L'évolution vers la stéréotypie est encore un des caractères fondamentaux du *délire* chez le *dément précoce*, tandis que ce caractère n'apparaît que très tardivement dans les *délires systématisés chroniques* et n'appartient guère aux *délires polymorphes des dégénérés.*

Le délire *du paranoïque* est une eau stagnante ; il n'évolue pas ; il a plutôt tendance à se *figer* qu'à se systématiser. *L'expression des conceptions erronées sous une forme de plus en plus monotone et la persistance de la for-*

mule motrice après disparition de ces conceptions mêmes est un trait de première importance qu'il emprunte à la *stéréotypie.*

c) Si nous passons maintenant de la période initiale ou d'activité à la période terminale ou de démence définitive, nous devons reconnaître que l'*état démentiel du dément précoce*, question d'évolution à part, n'est pas un état démentiel quelconque, et il tient justement son caractère spécifique de la *stéréotypie.*

L'existence d'un reliquat stéréotypé au milieu de l'affaiblissement intellectuel général, le cachet tout particulier de monotonie et d'automatisme que revêt l'activité motrice, la *verbigération* qui est parfaitement distincte de la *confabulation* et du *radotage*, sont autant d'éléments qui devront donner l'éveil, en contribuant à distinguer l'affaiblissement définitif du *dément précoce* de l'affaiblissement définitif du *dément vésanique secondaire*, du *dément sénile*, du *paralytique général*, et de l'*idiot.*

D. Signification pronostique. — L'intérêt de la conception inaugurée par l'école d'Heidelberg ne réside pas tant dans le fait de réunir *a posteriori* des formes cliniques ayant même issue que dans celui de grouper des données susceptibles de laisser prévoir qu'un état d'agitation, de dépression, ou de délire, évoluera vers la démence ou tout au moins vers un état définitif d'affaiblissement intellectuel relatif.

Or, parmi les signes capables de faire augurer pareil dénouement, la *stéréotypie* occupe une place vraiment prépondérante, à condition qu'elle soit envisagée dans l'acception précise que nous avons cherché à délimiter. En effet, si l'on appelle « stéréotypie » toute attitude qui persiste ou tout mouvement qui se répète chez un aliéné, ce mot ne représentera plus qu'un cadre extrêmement vague et remarquablement élastique où l'on pourra voir les réactions conscientes et volontaires d'un délirant coudoyer le spasme réflexe d'un malade agité de secousses convulsives. Alors il ne faudra pas s'étonner si les différents auteurs placent le phénomène en question aux degrés hiérarchiques les plus opposés de notre activité mo-

trice, et n'en déduisent aucune signification pronostique. Mais si l'on accorde au mot « stéréotypie » le sens précis que nous avons voulu lui donner, il n'est pas possible d'y voir autre chose qu'un phénomène *automatique*, témoignant d'une déchéance profonde des facultés directrices, et il est permis d'en déduire une signification psychologique fâcheuse qui, d'une façon générale, n'avait pas échappé aux anciens psychiatres.

A un point de vue spécial, la question peut être posée sur un autre terrain. On sait en effet, que le dément précoce n'est pas voué forcément à ce degré ultime de déchéance que les Allemands désignent sous le nom de « Blödsinn » ; il peut s'immobiliser dans un état d'affaiblissement relatif, et cet état équivaut même à une guérison, dans les cas bénins. Or, la *stéréotypie* est-elle un signe capable de faire prévoir, au cours d'une démence précoce diagnostiquée, le degré d'affaiblissement dans lequel le malade devra définitivement s'immobiliser après la période active de la maladie ?

Avant de répondre à cette question, il est une contradiction apparente que nous voulons éclaircir, en manière de préambule.

Nous avons laissé entendre que la stéréotypie, en tant que signe démentiel, avait une valeur pronostique de funeste augure. Or, nous savons la fréquence toute particulière des attitudes fixes et des mouvements monotones dans la forme *catatonique* de l'affection, et voici justement que tous les auteurs s'accordent à considérer cette forme comme la plus curable, à ce point que d'après Kræpelin lui-même, les *catatoniques* dans 40 % des cas se cantonneraient dans un état d'affaiblissement approchant plus ou moins de la guérison. N'y a-il pas là une incompatibilité flagrante ?

C'est ici le lieu de rappeler la division que nous avons établie plus haut et sur laquelle nous ne saurions trop insister. Les attitudes fixes et les mouvements répétés ne sont pas exclusivement réalisés sous l'influence d'un affaiblissement intellectuel effectif, ayant sa raison d'être dans une atteinte profonde et irrémédiable des éléments les plus vulnérables ; ils peuvent être réalisés aussi sous l'influence d'une simple suspension des facultés, appa-

raissant de bonne heure, à la faveur d'une action directe d'un principe modificateur sur les cellules cérébrales, action d'ailleurs susceptible de rétrocéder après disparition de ce dernier. En un mot, il y a, d'une part, les *stéréotypies primitives*, c'est-à-dire les attitudes fixes et les mouvements répétés de la période active qui sont des manifestations directes du processus morbide, et qui témoignent d'un engourdissement psychique; puis il y a d'autre part les *stéréotypies secondaires*, c'est-à-dire les attitudes fixes et les mouvements répétés de la période résiduelle, qui témoignent d'une désagrégation intégrale des éléments de l'esprit. Or, si le second groupe est du plus funeste présage, le premier ne préjuge de rien quant à la terminaison définitive de la maladie, et c'est justement à lui qu'appartiennent la plupart des attitudes fixes et des mouvements répétés du catatonique. Mais il faut remarquer qu'en pareille circonstance, les attitudes et les mouvements en question sont généralement escortés de phénomènes intenses et caractéristiques, tels que *raideur catatonique*, *flexibilité cireuse* ou *négativisme*.

Nous croyons donc pouvoir déduire de ce qui précède cette notion générale, à savoir que : si les attitudes fixes et les mouvements répétés s'accompagnent de *phénomènes catatoniques intenses* et font partie d'un *épisode aigu*, on ne peut conclure à aucun pronostic quant à l'évolution ultérieure, car il peut s'agir d'une suspension temporaire de l'activité psychique, et ce symptôme pourra rétrocéder avec ceux qui lui font escorte ; si, au contraire, la fixité d'attitude ou de mouvement s'installe progressivement, d'une façon torpide, et persiste alors qu'il n'existe ni agitation, ni stupeur, ni manifestations cataleptoïdes, on doit songer à une déchéance effective n'ayant aucune chance de répression, et qui devra s'accroître de jour en jour, pour aboutir à un état de « désorganisation organisée », à plus ou moins brève échéance.

IV. Convalescence et stéréotypie. — Il est bien exceptionnel qu'un dément précoce recouvre intégralement sa mentalité passée, et l'on peut dire que dans la grande majorité des cas, les malades considérés comme guéris conservent un certain degré d'affaiblissement relatif, si

bien qu'il serait plus juste de les considérer comme des « convalescents à perpétuité ». Or à travers cette *convalescence de l'activité mentale*, quelque chose transparaît qui frappe assez rapidement l'observateur attentif et qui distingue l'activité en question d'une activité complètement normale : ce quelque chose, c'est encore la *stéréotypie*.

L'ancien malade aura les allures extérieures d'un homme « comme un autre », il sera capable d'occupations régulières et l'on pourra l'utiliser à de menues besognes. Néanmoins, si on l'examine plus attentivement, on trouve que son activité est plus automatique que raisonnée, et qu'elle s'assimile difficilement à une finalité nouvelle ou inattendue, tandis qu'elle se met avec la plus grande aisance au service de mouvements suffisamment simples et se répétant en séries. Il n'est même pas exceptionnel de voir un geste ou une parole stéréotypée s'interposer encore sans raison et sans but dans le cours de cette activité d'apparence normal. Si l'affaiblissement n'est pas trop considérable, le sujet peut retenir quelques associations d'idées très élémentaires, comme celles qu'on utilise à l'accomplissement de certains ouvrages domestiques ; ces associations tendent à se fixer par la répétition, d'où il résulte que le malade, sans avoir une conscience très nette du but et des rapports de sa tâche, s'y emploie d'une façon purement machinale, et l'exécute — disons le mot — d'une façon « stéréotypée ».

Chez les sujets peu atteints, on peut se demander s'il ne serait pas possible de tenter une *rééducation* ayant pour effet de lutter contre cette tendance à la *stéréotypie*, par un exercice journalier de l'*activité associative* et du *pouvoir inhibiteur*, grâce auxquels l'acte normal reste intimement uni à la pensée. On pourrait utiliser à cet effet une sorte de « discipline psycho-motrice » pour employer une expression de Brissaud. Nous doutons fort de l'efficacité de cette méthode, le cas échéant. Toujours est-il que, jusqu'ici, les cliniciens n'ont pas eu la patience d'en vérifier les effets sur de semblables malades.

Il est un fait beaucoup plus positif, et qui émane d'une orientation diamétralement opposée. Les malades guéris avec un reliquat d'affaiblissement intellectuel conservent

une tendance à la stéréotypie, et — l'on peut dire mieux — cette activité stéréotypée leur constitue comme un « moignon » d'activité mentale. Ce moignon, il faudra savoir l'exploiter, et en tirer le maximum d'avantages, de même que l'amputé s'ingénie à profiter adroitement du reliquat que la fortune a bien voulu lui laisser, si misérable soit-il. Or, nous savons que l'activité automatique et à formule uniforme a justement sa raison d'être dans une foule de travaux manuels, et d'une façon générale dans la plupart des actes qui doivent se répéter toujours identiques à eux-mêmes. On peut même dire que ce perfectionnement de l'activité automatique avec suppression progressive des interventions volontaires et conscientes de l'écorce représente toute l'éducation pratique des professions inférieures.

Il y a donc là un champ d'activité restreinte qui peut et doit être exploité dans la détermination d'un rôle social capable de s'adapter à la mentalité nouvelle de l'ancien malade.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXXVI.— **Sur la forme du palais chez les aliénés**; par Ferdinando Ugolotti. (*Rev. sp. di fren.* t. XXIX, fasc III.)

Sur 1000 crânes d'aliénés, la forme du palais, en ce qui regarde la disposition de l'arcade alvéolaire, que l'on rencontre ordinairement est le type hyperbolique et parabolique ; exceptionnellement, 10 %, le type elliptique ; jamais une véritable forme en upsilon.

Si l'on considère la forme du palais dans la configuration de la voûte, comme règle c'est le type normal ; comme exception le type plat 8 % et le type ogival 3 %.

Des recherches qui ont été faites par les observateurs sur des crânes de normaux, d'aliénés et de criminels, l'auteur pense que l'on doit admettre que les aliénés ne présentent pas de particularités caractéristiques dans la forme du palais et qu'il est prématuré d'établir des rapports entre la dégénérescence et les anomalies de la voûte palatine, ainsi que l'on a cherché à le faire, spécialement pour la forme ogivale. J. Séglas.

XXXVII.— **Les fonctions sensitives et psychiques chez les hémiplégiques** ; par Francesco MARIMO. (*Annal. di neurol.* anno XXII, fasc I-II.)

Toute hémiplégie est presque constamment accompagnée de troubles de la sensibilité proportionnels à l'intensité de la paralysie : l'absence est l'exception. L'hémianesthésie typique superposée à l'hémiplégie complète est une hémianesthésie surtout des extrémités, caractérisée par l'affaiblissement complexe de tous les modes variés de la sensibilité élémentaire et de l'acinesthésie. C'est ainsi que pour la sensibilité tactile, on constate une diminution plus ou moins accentuée de l'intensité des perceptions tactiles, mais surtout une modification qualitative de la sensation qui se présente moins nette qu'à l'état normal,ce qui produit un défaut de distinction de la qualité du contact et un défaut de la localisation de la surface cutanée. — Dans la sensibilité à la douleur, outre la diminution de l'intensité de la perception, qui est inconstante, il y a un défaut de localisation et de la perception de la nature de la sensation dolorifique. Assez fréquemment, il y a des phénomènes de thermodysesthésie, surtout au début de la maladie. Dans les formes moins graves d'hémiplégie, les troubles de sensibilité sont moins marqués et ont la même distribution topographique que les troubles moteurs. — Le rapport de fréquence et de parallélisme existant entre l'hémiplégie et les troubles sensitifs tendraient à confirmer ce que les dernières recherches anatomiquee semblent avoir établi. — Les fibres sensitives passeraient dans la capsule interne mêlées aux fibres de mouvement dans toute la branche postérieure ; et, conservant ainsi des rapports intimes à travers le centre ovale, iraient se terminer dans la zone pararolandique sensitivo-motrice. — Le phénomène de dissociation sensitive est rarement observable dans l'hémiplégie ; analgésie et thermodysesthésie, avec un très léger affaiblissement de la sensibilité tactile,telle est la forme de dissociation notée par l'auteur au cours de ses recherches.

En ce qui concerne les fonctions psychiques, même dans les cas où l'interrogatoire est le plus favorable, on note toujours chez les hémiplégiques, par comparaison avec les autres chroniques, une spontanéité, une initiative amoindries, une condition manifeste d'infériorité psychique complexe dans le jugement, et le raisonnement, par défaut de critique. — Les fonctions intellectuelles sont toujours plus ou moins atteintes dans quelqu'un de leurs éléments. Ainsi de la simple difficulté de fixer l'attention on arrive quelquefois à une distraction presqu'incorrigible ; d'un léger ralentissement de l'activité idéative à un défaut absolu ; si le contenu des idées est parfois restreint, souvent il y a une puérilité des conceptions, avec des raisonnements vides de sens ou

décousus. La caractéristique la plus nette de l'affaiblisement mental hémiplégique est la diminution de la mémoire, presque constante ; d'abord de caractère antérograde par défaut de fixation et portant ainsi seulement sur les faits récents, parfois elle devient antérograde progressive, selon les lois de Ribot. La diminution du champ intellectuel, en outre du facteur précédent, tient encore à l'affaiblissement parallèle de tous les modes de l'activité psychique, dû en grande partie à un manque d'exercice, à une atrophie *ex non usu*, si bien qu'au point de vue psychologique on a pu conseiller la rééducation motrice qui devient par cela même une rééducation psychique. Les fonctions affectives ont été rarement trouvées normales dans tous leurs éléments : l'affectivité est presque toujours conservée, mais si l'on y regarde de près, elle est en rapport avec une exagération de l'égoïsme de l'hémiplégique qui ressent plus vivement de l'affection pour les personnes qui en le visitant lui apportent quelques douceurs, lui inspirent de l'espérance, l'aident à supporter son mal. Le sentiment de la moralité est souvent troublé, comme on le voit dans certaines réticences, des réponses ambiguës ; tandis que le sentiment religieux est très développé, souvent exagéré, même chez ceux dont les autres modes d'activité psychique se montrent affaiblis. Dans l'ensemble, les sentiments égoïstes, communs à tous les infirmes chroniques, se rencontrent chez l'hémiplégique exagérés aux dépens des altruistes. L'émotivité de l'hémiplégique, si elle est, à l'origine, une réaction logique et consciente vis-à-vis de son véritable état, est toujours par la suite pathologiquement accrue, se traduisant par une tendance surprenante aux larmes, qui devient à la longue automatiquement périodique, même sans motifs extrinsèques suffisants à l'expliquer. A l'inverse des cas plus fréquents d'affaiblissement physique et mental qui se rencontrent chez l'hémiplégique, qui dédaigne presque toute tentative de réaction psycho-motrice, il en est quelques-uns qu'une irritabilité persistante et l'intolérance de leur destinée conduit à la perte de l'instinct de conservation, tant l'existence leur est devenue pénible et insupportable. La volonté est presque toujours abolie comme mode d'activité dynamique, plus rarement comme volonté d'arrêt, et seulement chez les malades toujours en état d'excitation, alors que la plupart, deprimés en général, ne sont qu'épisodiquement excités. — Même chez les hémiplégiques qui peuvent apparaître, à un examen superficiel, comme psychiquement normaux, quand il existe des stigmates permanents d'hémiplégie, il y a toujours des stigmates plus ou moins graves et manifestes de défectuosités psychiques. La constatation de ces symptômes multiples d'involution conduit à penser que, plutôt que les traitements internes, c'est la rééducation motrice et psychique, précoce et progressive, qui est le mode de traitement

le plus rationnel, le plus capable, sinon de ramener le malade à son état antérieur, du moins d'éloigner et d'aténuer les symptômes de la démence terminales. J. SÉGLAS.

XXXVIII. — **Les symptômes pupillaires d'après les nouvelles recherches de physiologie pathologique** ; par SICILIANO. (*Ric. crit. di clinica medica*, n° 18, 1904.)

Après avoir résumé les travaux de Schirmer, Berheimer, Boch, Merma, Levinsohn, Hippel, Buncke, Bramestein, l'auteur conclut qu'il n'est pas encore possible de donner une localisation anatomique exacte au phénomène clinique de la pupille tabétique.

L. W.

XXXIX. — **Hérédité physiologique et pathologique** ; n° 4. Résumé d'un article de Bogle dans les *Archives médicales belges*.

L. W.

XL. — **Anatomie pathologique et bactériologie de la paralysie ascendante de Landry** ; par NAZARI. (*Ric. crit. di clinica med.*, 1904, n° 38.)

Il existe certainement une myélite à marche suraiguë qui se rapproche plus ou moins du tableau clinique dressé par Landry et qui est certainement de nature infectieuse et déterminée par des microorganismes de diverses espèces et desquelles l'auteur cite des exemples plus ou moins typiques, plus ou moins complètement étudiés. L. W.

XLI.— **Les troubles vaso-moteurs dans les névroses** ; par GRACHETTI. (*Ric. crit. di clinica med.*, 1904, n° 5.)

Ce travail est inspiré par la thèse du regretté Apte, victime du Métropolitain. Un premier groupe est formé par les hystériques stigmatisées, c'est-à-dire de cette variété d'extatiques qui « comme le dit Littré, après une contemplation habituelle de la Passion de Jésus-Christ finissent par éprouver des douleurs ou des manifestations pathologiques (les stigmates) dans les parties du corps où furent plantés les clous et portés les coups de lance ». L'auteur rappelle l'observation de Saint-François, de la dame Miollis, de Marseille, de Louise Lateau, de Madeleine, malade de Pierre Janet. Dans le même groupe se placent l'œdème dermographique et l'œdème bleu des hystériques. Un 2e groupe est celui des psychasthéniques qui ont des troubles trophiques au niveau des extrémités, des sueurs profuses, de la sécrétion d'eau par le sein et les pemphigus d'origine purement psychique apparaissent sous l'influence du mécanisme de l'idée fixe. Ce dernier groupe a été étudié spécialement par les professeurs Janet et Raymond.

L. WAHL.

XLII. — **Les rayons Blondlot** (*rayons N*); par CIARAUFI. (*Rivista critica di clinica medica*, 1904, n° 6.)

Historique des découvertes de Blondlot et Charpentier.

XLIII. — **Une preuve de l'existence des nerfs trophiques**; par SICILIANO. (*Rivista critica di clinica medica*, 1904, n° 6).

Admise en clinique, l'existence de ces nerfs était niée dans les laboratoires : Pogaro, de Palerme, a fait l'expérience suivante : Un chien reçoit une injection endorachidienne d'acide prussique au centième qui supprime la sensibilité et la motilité, amène l'incontinence des urines. Peu à peu ces phénomènes disparaissent mais laissent à leur suite, dans la région externe des hanches, des phénomènes dystrophiques : taches sur la peau, alopécie, etc., qui peuvent gagner en profondeur. Ces lésions sont d'une symétrie parfaite sur les régions homologues des jambes et des pieds : cependant, il y a prédominance des lésions du côté sur lequel l'animal se couche. L. W.

XLIV. — **Nouvelles études sur le cervelet**; par SICILIANO. (*Riv. crit. di clinica medica*, n° 7, 1904.)

Plusieurs opinions sont en présence. L'opinion classique en Italie est celle de Luciani : les animaux privés de cervelet présentent de l'astasie, de l'atonie, de l'asthénie. Pour Lewandowsky, la destruction du cortex cérébelleux entraînerait comme l'a démontré Lussana des phénomènes de déficience dus à des troubles du sens musculaire. On sait ce qu'on entend en physiologie par ces mots. Peu à peu ces troubles se localisent à un côté du corps en rapport avec la localisation cérébelleuse. De ce trouble de la sensibilité résultent l'astasie, l'atonie, l'asymétrie des animaux en expérience : cet état serait pour Lewandowsky voisin du tabes. Les expériences de Pagano avec le curare semblent indiquer que ces troubles relèvent de l'excitation et non de la dépression. Pour Ducceschi et Sergi, la clinique démontrerait que l'ataxie cérébelleuse ne serait pas de nature sensitive mais bien, comme l'enseignait Luciani, de nature motrice. Pour Stefani, il y a ressemblance absolue entre les troubles cérébelleux et ceux dus à des lésions du labyrinthe : cet organe étant toujours dans un état d'excitation tonique sous l'influence du cervelet « le cervelet, dit-il, est un centre d'activité avancée du labyrinthe, activité qui se manifeste en maintenant dans un état de tonus, coordonné aux besoins de l'équilibre et de l'orientation ». L. W.

XLV. — **Les altérations histologiques du système nerveux dans la méningite**; par STEFANELLI. (*Rivista critica di clinica medica*, n° 14.)

L'abondance de l'exsudat est loin de rendre compte de tous les

phénomènes morbides des méningites. Il y a des lésions de la substance nerveuse elle-même déjà signalées par le Pr de Grocco et Bozzolo ; elles ont été étudiées récemment par Armand Delille, Piéri, Laignel-Lavastine, Silvestrini. Il y a une diminution considérable de la substance chromatique, des lésions diverses du noyau, de la déformation protoplasmique ; les cellules neurophages envahissent les éléments déformés. Ces lésions peuvent exister aussi bien dans le cortex que dans les divers noyaux gris de l'encéphale (Faure et Laignel-Lavastine). Il y a d'ailleurs une relation très étroite entre les symptômes et le siège des lésions. Mais l'intoxication générale domine la scène dans un certain nombre de cas. Le méningisme est probablement dû à des lésions qui sont compatibles avec une *restitutio ad integrum* plus ou moins complète. L. W.

XLVI.—**Les localisations motrices spinales et la théorie de la métamérie** ; par C. Parhon et M. Goldstein. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.)

Après avoir désarticulé, chez des chiens, les divers segments des extrémités antérieures et postérieures, les auteurs étudient l'état des différents groupes de cellules de la moelle dans les segments de cet organe préalablement décrits. Il faut suivre cette analyse dans le mémoire au moyen des figures.

Ils prétendent que les groupes de cellules distingués ne représentent toujours pas une seule et même chose : tantôt ils représentent le centre d'innervation d'un muscle, d'un segment de membre ; tantôt ils représentent le centre d'un nerf ou d'une de ses branches ; fort souvent, le centre d'un muscle isolé ou de plusieurs muscles à fonction commune. Le moment n'est pas encore venu d'établir une loi qui présiderait aux localisations spinales motrices. Aucune des théories exprimées n'est satisfaisante.

L'opinion la plus en harmonie avec les faits est celle qui rattache ces localisations aux fonctions des muscles.

Quant aux localisations spinales vaso-motrices et trophiques des extrémités, les résultats ont été jusqu'ici négatifs.

Les opinions formulées au sujet des localisations spinales sensitives ne sont pas toujours concordantes. Il faut de nouvelles expériences, et surtout, une nouvelle méthode. P. Keraval.

XLVII. — **Contribution à la connaissance du gisement des nerfs craniens moteurs dans le pied du pédoncule cérébral** ; par G. Bikeles. (*Neurolog. Centralbl.*, XX. 1901.)

Pièce anatomique provenant d'un homme atteint d'endocardite et ayant eu de l'aphasie motrice, de l'hémiparésie droite. On trouve dans l'hémisphère cérébral gauche un gros foyer de ra-

mollissement à travers toute la 3e frontale, un foyer de ramollissement plus récent au tiers inférieur de la frontale ascendante, un petit foyer dans le lobule pariétal inférieur. Ces foyers superficiels n'empiètent que de quelques millimètres sur la profondeur.

Il existe dans le pied du pédoncule une dégénérescence descendante située en dedans du faisceau pyramidal proprement dit, tout à fait indemne ; rien dans la moelle même. Si l'on se réfère au schéma d'Obersteiner, la dégénérescence ne porte que sur les nerfs craniens moteurs, en particulier l'hypoglosse et le facial ; c'est donc que nous avons affaire à la dégénérescence des nerfs craniens moteurs, et que ceux-ci sont situés en dedans du faisceau pyramidal proprement dit dans le pédoncule cérébral.

P. KERAVAL.

XLVIII.— **Contribution à la conservation de la coloration des fibres**; par M. E. STRANSKY. (*Neurolog. Centralbl.*, XX. 1901.)

La paraffine liquide a les avantages de la glycérine, sans en avoir les inconvénients. Claire, transparente, inodore, elle est bien liquide, ne sèche ni ne s'évapore à l'air, est d'une densité plus légère que l'eau, ne contient pas de germes, imbibe complètement et rapidement les préparations auxquelles elle donne plus grande souplesse et inclusion plus parfaite que la glycérine. La teinte de la coloration n'y souffre pas la moindre modification, même après des semaines et des mois.

Seulement la paraffine liquide ne se mêle pas à l'eau. Aussi les nerfs colorés à la safranine (safranine, 2 ; — eau distill. 200 ; alcool absolu, 20) seront préalablement déshydratés quelques minutes dans l'alcool absolu, puis éclaircis dans le xylol pur. Les préparations peuvent dans la paraffine liquide être dissociées immédiatement ou après n'importe quel temps de séjour. L'addition de 1 ou 2 gouttes de xylol est avantageuse.

La paraffine liquide n'altère pas les colorations à l'acide osmique ni celles de Marchi ; elle ne change pas artificiellement la structure. Le carmin, l'éosine, la safranine, le rouge Magenta, la fuchsine, l'orange, le bleu d'aniline, le vert de méthyle, sont dissous par la glycérine et simplement finement émulsionnés par la paraffine liquide.

P. KERAVAL.

XLIX.— **Un tératome de la glande pituitaire chez le lapin**; par A. MARGULIES. (*Neurol. Centralbl.*, XX. 1901.)

Trouvaille accidentelle, l'animal n'ayant, pendant la vie, rien présenté de particulier; il n'existait point d'ailleurs de lésions profondes du cerveau. Tous les organes du corps étaient sains et bien développés. Figures.

La base du cerveau est occupée par une vésicule un peu plus grosse qu'un pois, pleine d'un liquide clair, qui adhère, en bas, à la tige du corps pituitaire et pénètre en haut la substance cérébrale.

C'est un kyste à plusieurs loges qui a d'abord adhéré, par son extrémité inférieure, au tuber cinereum, puis s'est logé sur le chiasma et entre les nerfs optiques qu'il a écartés sans en altérer la structure. Chaque loge est revêtue d'un épithélium disparate ayant une ressemblance éloignée avec celui de la trachée, de l'œsophage, de la portion pylorique et de la grosse tubérosité de l'estomac ; le tissu conjonctif qui sépare les loges contient des glandes, des fibres musculaires lisses et striées, un cartilage hyalin.

C'est un tératome dû à un trouble de construction d'un seul embryon. L'étude du développement de la glande pituitaire d'après Mihalkovics, Kupffer, Nussbaum, permet de croire ce qui suit.

Ou la poche de Seessel, conservant sa canalisation supérieure, a continué de bourgeonner, ce qui a empêché le développement des produits ectodermiques normaux, ou la poche de Rathke ne s'est formée qu'incomplètement, voire pas du tout, et seul l'entoderme de l'organe præ-intestinal a été employé à la construction du corps pituitaire ; nulle part, en effet, on ne saurait trouver le moindre indice du tissu normal de la glande pituitaire. Ces troubles se sont certainement produits à une période embryonnaire très primitive.

La partie relativement très petite de l'entoderme qui a servi à former le tératome a suivi l'élan de l'organe præ-intestinal ; elle a engendré des tissus ayant la structure de l'estomac, de l'œsophage, de la trachée, des glandes salivaires de l'animal adulte.

Bien plus, le mésoderme, dans la glande pituitaire normale, ne fournit que des vaisseaux avec le tissu conjonctif concomitant. Or, ici, il a, comme le mésoderme de l'organe præ-intestinal, fourni tissu conjonctif, fibres musculaires lisses et striées, cartilage.

P. KERAVAL.

L. — De l'origine du nerf dépresseur du cœur ; par G. KOESTER. (*Neurol. Centralbl.*, XX. 1901.)

Cyon et Ludwig ont trouvé que leur nerf dépresseur du cœur émanait, par une racine, du laryngé supérieur, par une autre racine, du pneumogastrique, qu'il descendait tout contre l'aorte, que, dans la cavité thoracique, il s'unissait à d'autres nerfs issus du ganglion étoilé, que, finalement entre l'aorte et l'artère pulmonaire, il se résolvait en ramuscules échappant dans le tissu connectif compact à l'œil nu.

De nouvelles recherches expérimentales et anatomiques démontrent que ce nerf vient du pôle supérieur du ganglion jugu-

laire, qui sert aussi d'origine aux portions sensitives du pneumogastrique et du laryngé supérieur ; il se termine, par son bout périphérique, dans l'aorte. Il est donc non le nerf sensitif ou réflexe du myocarde, mais le nerf sensitif de l'aorte.

Quand la pression augmente dans le ventricule gauche, l'onde sanguine, violemment projetée contre la paroi interne de l'aorte, dilate la paroi de cette artère, et excite ainsi, par la tunique interne, le nerf dépresseur. Cette excitation diminue, par action réflexe, l'activité du centre vaso-moteur. Les vaisseaux se dilatent, et, par suite, la pression s'abaisse dans le système vasculaire : le travail du cœur est ainsi facilité, d'autant que Cyon et Ludwig nous ont déjà appris que le nombre des battements du cœur est simultanément diminué. P. KERAVAL.

LI. — **La voie tectospinale descendante, le noyau intratrigéminal et les points de repère d'orientation de la rétine** ; par O. KOHNSTAMM. (*Neurol. Centralblatt*, XXII, 1903.)

De la substance blanche profonde du tubercule quadrijumeau antérieur partent, d'après Held, Redlich, Probst, les fibres de l'entrecroisement dorsal (en fontaine) de la calotte de Meynert ; ces fibres tendraient ensuite par le faisceau longitudinal postérieur, à gagner le cordon antérieur de la moelle du côté opposé. En effet, de la région du noyau du trijumeau partent des fibres qui s'appliquent à la face antérieure du faisceau longitudinal postérieur et paraissent passer à l'entrecroisement dorsal de la calotte de Meynert (coloration de Weigert). D'autre part, il existe des cellules à structure motrice qui sont en plein milieu du noyau mésencéphalique du trijumeau (territoire du tubercule quadrijumeau antérieur) et qu'on a par suite désignées sous le nom de *noyau spinal du toit, noyau intratrigéminal.* Eh bien ! les fibres qui vont au faisceau longitudinal postérieur contiennent-elles celles qui viennent du noyau intratrigéminal ? quel est leur trajet ultérieur dans la moelle ?

De ses recherches, l'auteur conclut :

1° Le noyau intratrigéminal est le seul noyau qui fournisse des fibres spinales dans le territoire du toit du tubercule quadrijumeau antérieur ; 2° La partie principale des fibres qui forment l'entrecroisement dorsal (en fontaine) de la calotte de Meynert constitue le tractus tectobulbaire qui n'atteint pas la moelle. — 3° Le tractus tectobulbaire est propre à assurer la communication des terminaisons tectales des nerfs optiques et des déterminantes excitomotrices des mouvements oculaires dans la sphère du noyau sensitif du trijumeau. Ainsi peut s'orienter la rétine. — 4° La pointe ventrale du noyau (frontal) spinal du trijumeau donne naissance à un analogue du faisceau latéro-cérébelleux.

P. KERAVAL.

LII. — **Observation de dégénérescence ascendante des fibres du faisceau pyramidal ; contribution à l'interprétation des préparations traitées par la méthode de Marchi** ; par K. Petrén. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.) — Un homme reçoit un coup de pied de cheval entre les épaules.

Il se relève et fournit encore une marche de 10 kilomètres.

Le lendemain seulement, il présente les symptômes d'une lésion transverse de la moelle, au niveau du premier segment dorsal. Il meurt 2 mois 1/2 après d'infection urinaire et de décubitus. (*Nordiskt medic. Arkiv.* II, 1901, n° 14.)

On constate une dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux, tant dans les cordons latéraux que dans les cordons antérieurs.

En outre, *au-dessus de la lésion*, tout le territoire des mêmes faisceaux contient une quantité anormale de grosses mottes noires à contours irréguliers, également réparties, sauf qu'elles sont un peu plus rares dans les fibres des cordons antérieurs que dans celles des cordons latéraux; leur quantité demeure constante sur toutes les coupes transverses depuis l'endroit où la moelle a été lésée jusqu'à un morceau situé en haut dans la protubérance (où se termine l'examen). Bien que le nombre de ces fibres dégénérées soit assez faible, le faisceau pyramidal tranche du fait de leur présence sur les parties environnantes de la substance blanche respectées par la dégénérescence secondaire. On ne saurait attribuer cet état à un vice de technique, d'abord parce que son intensité est constante sur toutes les coupes, puis parce qu'il contraste avec le reste de la coupe transverse non dégénérée.

Il y a lieu de croire que le *territoire du faisceau pyramidal contient un nombre modéré de fibres très longues dont la direction est ascendante.* P. Keraval.

LIII.— **Contribution à la connaissance des affections musculaires post-typhiques** ; par P. Krause. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXV, N. F. XIII, 1902.)

Observation de parésie musculaire des deux psoas iliaques, des fessiers, des fléchisseurs de la jambe. La répartition de la paralysie, l'absence de tout trouble de la sensibilité, de sensibilité à la pression des troncs nerveux, de réaction dégénérative, l'allure des réflexes, tout cela élimine une lésion des nerfs. Tout porte à croire à l'existence de la dégénérescence des fibres musculaires striées qui, d'après Zanker, serait aussi constante, bien que plus variable en intensité et en étendue, que les lésions de la muqueuse. Granuleuse, amyloïde ou mixte, elle atteindrait, par degré de fréquence descendante, le droit abdominal, le pectiné,

l'obturateur interne et l'obturateur externe, le psoas- iliaque, plus rarement d'autres muscles, se développerait généralement à la fin de la seconde semaine, et entraînerait ruptures, hémorrhagies, suppurations des muscles. Une dégénérescence légère est, quand l'innervation et la nutrition restent normales, susceptible de guérison. Du reste, il est rare que les gros muscles soient en leur totalité complètement dégénérés ; dans les plus grands foyers, il reste encore des fibres musculaires suffisamment normales pour parer à la paralysie étendue, absolue, de certains mouvements. Elancements dans les membres, lassitude, douleurs, musculaires déchirantes, sensibilité à la pression du muscle, tels sont les symptômes. Rien du côté de la réaction électrique.

P. KERAVAL.

LIV.— **Communication provisoire sur l'anatomie pathologique de la tétanie** ; par A. PICK. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Il s'agit d'une femme de 42 ans, opérée pour une cataracte en rapport avec la tétanie, qui présentait une calcification typique des fins vaisseaux du cerveau et du cervelet. A rapprocher de l'observation de tétanie du même auteur, chez un jeune épileptique : on trouva les mêmes altérations à l'Institut anatomo-pathologique du prof. Chiari. P. KERAVAL.

LV.— **Des centres corticaux de la sécrétion sudorale** ; par A. S. GRIBOIEDOW. (*Obozrénié psichiatrii*. VII, 1902.)

Nouvelles expériences sur de jeunes chats fournissant des données en faveur de l'existence, à la partie supérieure de la circonvolution antécruciale, d'une surface dont l'excitation exagère visiblement la sudation du côté opposé ; cette sudation renforcée durant 9 à 10 minutes sans qu'on soit obligé de répéter l'excitation de l'écorce. Malheureusement, la sécrétion de la sueur est très inégale chez le chat; elle ne peut guère, comme chez l'homme, abaisser la température du corps, ni éliminer les substances toxiques, car elle est insignifiante et cesse avec l'âge. Aussi l'auteur a-t-il entrepris d'expérimenter le cerveau du poulain : il fera sous peu une communication à cet égard. P. KERAVAL.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XIX. — **Recherches sur la rage** ; par DODDI. (*Riv. crit. de clinica medica*, 1904, n°s 21 et 22.)

Pour cet auteur, les corpuscules de Negri seraient véritablement

les agents pathogènes de la rage humaine et expérimentale. Dans ce dernier cas, ils se localiseraient le long du trajet nerveux suivi par le virus injecté. On ne peut les considérer comme des produits dégénératifs, mais ce sont bien réellement des protozoaires qui ont pour localisation principale la région bulbaire, la moelle et les ganglions spinaux. Les expériences exécutées par l'auteur ont porté sur 23 chats. L. W.

XX. — **Signe d'Argyll et méningite syphilitique**; par BERTOLOTTI. (*Riv. crit. di clinica medica.* 1904, n° 23, 24 et 25.)

Très long et très intéressant travail dont voici les conclusions: 1° la paralysie spinale syphilitique dans l'immense majorité commence par un processus méningé (Brissaud); 2° le signe d'Argyll peut se rencontrer assez fréquemment dans la méningo-myélite syphilitique progressive. Cette notion vient à l'appui de l'hypothèse de Babinski d'après laquelle ce signe serait un symptôme pathognomonique de l'infection luétique acquise ou héréditaire des centres nerveux; 3° le signe d'Argyll est un épiphénomène de la méningite spécifique chronique; c'est par cet accident que débutent les processus syphilitiques des centres nerveux; 4° la nature épiplastique de la membrane qui revêt la cavité sous-arachnoïdienne explique la susceptibilité des méninges cérébro-spinales au virus syphilitique; 5° le signe d'Argyll n'est donc pas un symptôme purement tabétique et peut également préluder à la paralysie générale, à l'hémiplégie, à la paralysie pseudo-bulbaire et à la méningo-myélite d'origine vénérienne. L. W.

XXI. — **Contribution à la casuistique de la myokymie**; par PINI. (*Rivista crit. di clinica medica*, 1904, n° 24.)

Affection encore désignée sous le nom de myoclonus multiplex fibrillaire (King), chorée fibrillaire de Morvan; la maladie est caractérisée par des contractions fibrillaires des paupières, la sensation de prostration, l'insomnie, les idées sombres, des sueurs profuses, de la tachycardie, du tremblement des mains et des pieds à ondulations très petites, de la paresthésie des membres inférieurs. Cet état relève-t-il du paramyoclonus multiplex de Friedreich ou de la neurasthénie (Maniertz). Le pronostic est favorable. Traitement galvanique, danger des récidives. L. WAHL.

XXII. — **Quelques recherches sur les échanges matériels dans un cas de tétanos subaigu**; par NESTI et MARCHETTI. (*Riv. crit. di clinica medica*, 1904, n° 26.)

Après avoir rappelé l'historique de la question, les auteurs rap-

portent : 1° que l'urine a une réaction acide plus ou moins intense à la seconde période de l'observation ; 2° qu'elle n'a jamais eu une composition normale ; 3° que l'absorption des substances azotées et phosphorées fut satisfaisante ; 4° que dans l'élimination urinaire, l'azote, le soufre et l'acide phosphorique furent augmentés, mais leur rapport entre eux resta normal, de même que celui de l'azote de l'urée à l'azote total ; 5° l'élimination de la créatinine fut normale ; 6° de même le rapport des différentes variétés de soufre. Donc les toxines tétaniques agissent en produisant une augmentation de destruction de la molécule « albumine » : c'est un agent catabolique.

XXIII. — **La céphalée neurasthénique** ; par Bastogli. (*Riv. crit. di clinica medica*, 1904, n° 29.)

Essai très intéressant de physiologie de la céphalée neurasthénique. Est-elle purement musculaire comme le veut Maurice de Fleury ? Est-ce une lésion des branches sympathiques, aboutissant aux méninges, comme l'indique Miecamp ? Est-ce par le mécanisme d'une auto-intoxication d'origine digestive ; auto ou hétéro-toxique réagissant sur le cerveau par l'intermédiaire de la circulation ou enfin l'action possible des vaso-moteurs accompagnés ou non de modifications, de l'ouverture pupillaire ? Pour résoudre complètement la question il faudrait connaître les modifications que le malade présenterait durant un effort cérébral et les variétés de composition de l'urine pendant le sommeil, l'activité.

L. W.

XXIV. — **Maladie de Dupuytren et syringomyélie** ; par Giraldi. (*Riv. crit. di clinica med.*, 1904, n°s 30 et 31.)

Testi et Bieganski ont montré que dans les cas de rétraction des aponévroses palmaires ou plantaires l'examen de la substance grise du renflement cervical ou lombaire par la méthode de Marchi révélait à la partie antérieure une très petite lacune qui s'étend de part et d'autre de la ligne médiane sur une surface de quelques millimètres et dont le voisinage est formé de substances amorphe (dégénérescence graisseuse des cellules des cornes antérieures). Le diagnostic anatomo-pathologique peut être formulé « leptoméningite chronique, gliomatose de la région du canal central, poliomyélite antérieure ». Gualdi rapporte un cas clinique sans autopsie où les lésions classiques de la maladie de Dupuytren étaient accompagnées des troubles syringomyéliques de la sensibilité. Donc la rétraction de l'aponévrose palmaire ne serait qu'une variété de la syringomyélie. L. W.

XXV. — **Symptômes nerveux dans l'urémie**; par CAPPEZOLLI. (*Riv. crit. di clinica med.*, 1904, n° 31 et 32.)

Résumé fait essentiellement au point de vue des praticiens de toutes les variétés même les plus rares de symptômes nerveux plus ou moins graves que l'on peut rencontrer dans l'urémie.

L. W.

XXVI. — **La maladie de Stockes-Adams**; par CALVO. *Riv. crit. di clinica med.*, 1904, n° 31 et 33.)

Tableau d'ensemble de cette affection qui commence seulement à être classique et qui semble due aux intoxications, aux infections et aux traumatismes craniens. Elle est caractérisée : 1° par une bradycardie pouvant aller jusqu'à cinq battements par minute et qui peut parfois prendre le rythme couplé de Huchard ; 2° par des attaques cérébro-bulbaires répondant aux types syncopaux apoplectiformes et épileptiformes ; 3° de la cyanose des extrémités. Les rares autopsies pratiquées jusqu'à ce jour n'ont pas rélévé de lésions pathognomoniques. On a signalé quelques altérations du pneumo-gastrique, soit au niveau de son origine bulbaire, soit sur son trajet. Le diagnostic est en général facile, il doit être fait avec les maladies qui causent secondairement du ralentissement du pouls ; les symptômes concomitants le rendent généralement facile. La durée est longue, le pronostic varie avec la cause, il est surtout sévère dans les cas où cet état morbide est symptomatique d'artério-sclérose, ou de myocardites, ou lorsque les attaques se succèdent trop fréquemment. Le traitement est celui des affections cardiaques (digitale, trinitrine, nitrine d'amyle, etc., avec diète lactée s'il y a lieu.)

L. WAHL.

XXVII. — **Hémianopsie hystérique** ; par VALOBRA. (*Riv. crit. di clinica med.*, 1904, n° 39.)

Après avoir rapporté un cas de ce syndrome, l'auteur ajoute que la réalité et la modalité du phénomène observé induisent à chercher une explication sur la nature de l'hystéricisme. Les discussions théoriques n'ont qu'une importance relative ; très grande, au contraire, est l'importance des faits. Parmi ceux-ci nous devons donc admettre qu'en dehors des accès d'hémicranie on peut observer, assez rarement, il est vrai, une hémianopsie homonyme hystérique avec persistance de la vision du point central analogue à ce qui se passse dans l'hémianopsie par lésion anatomique du cervelet, desquelles elle se distingue par sa marche et par la présence d'autres phénomènes hystériques concomitants.

XXVIII.—**Diagnostic différentiel entre l'ataxie cérébelleuse héréditaire et la sclérose en plaques** ; par Rodolico. (*Riv. crit. di clinica med.*, 1904, n° 40.)

Impossible à résumer mais très important. C'est pourquoi nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au mémoire original.

L. W.

XXIX.—**Note sur les symptômes cardiaques de la maladie de Basedow** ; par le prof. de Grocco. (*Rivista critica di clinica medica*, n° 1, année 1904.)

L'auteur insiste sur la tachycardie, cause très fréquente de dilatation et même d'hypertrophie qui peuvent elles-mêmes devenir l'origine de troubles cardiaques organiques graves. On met ces troubles en lumière en fatiguant le malade surtout dans les formes frustes. Souvent il y a une hypotonie des plus marquées le long du trajet de l'aorte descendante. On peut arriver à constater le pouls hépatique, splénique, sous-unguéal et aussi le pouls veineux tout autant au niveau des jugulaires qu'à celui des capillaires (type Grocco). On peut observer un bruit de galop ; d'autres fois de l'angor pectoris. Le diagnostic différentiel avec la tachycardie essentielle est facile, grâce aux autres symptômes de la maladie de Graves, de même celui de la myocardite chronique. Il faut donc retenir que la maladie de Basedow prédispose aux maladies organiques du cœur.

L. Wahl.

XXX. —**La fièvre hystérique** ; par Gargano. (*Rivista critica di clinica medica*, n° 2, 1904.)

Connue depuis Borsieri, d'assez nombreux cas ont été signalés depuis cette époque mais quelques-uns ne résistent pas à un examen approfondi ; un certain nombre sont cependant absolument inattaquables. Ils réalisent plusieurs types cliniques : dans certains cas il y a accélération du pouls et de la respiration, sensation de chaleur, mais pas d'élévation de la température ; d'autres fois, il y a élévation de la température jusqu'à 45° sans accompagnement de troubles quelconques. Avant d'assurer un pareil diagnostic il faut se mettre à l'abri de la supercherie : ce qui n'est pas toujours facile. Souvent (Briand) la fièvre hystérique prend le type intermittent tierce, d'autres fois le type continu de la fièvre typhoïde. Fabre, de Marseille, distingue cinq formes : éphémère, chronique, intermittente, pseudo-typhique et fébricule hystérique. Il existe un type de fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale qui est d'un diagnostic extrêmement difficile. L'erreur est possible dans les deux sens : fièvre hystérique prise pour une maladie organique, maladie organique méconnue, prise pour de l'hystérie

fébrile. La dissociation des phénomènes fébriles : pouls, température, respiration et l'inversion de la formule des phosphates facilitent le diagnostic. La durée de cette maladie est variable : une seule fois elle s'est terminée par la mort. L. W.

XXXI. — **Etudes récentes sur l'hystérie**; par SICILIANO. (*Rivista crit. di clinica medica*, n° 9, 1904).

Résumé des articles publiés ici même par M. Albert Charpentier, n° 90, 1903 et 98 de 1904. L. W.

XXXII. — **Le syndrome de Bonnier**; par SICILIANO. (*Rivista. crit. di clinica medica*, 1904, n° 10.)

Ce syndrome est caractérisé par des vertiges avec troubles oculo-moteurs ; insuffisance totale ou partielle de l'équilibration du corps, des nausées, de l'angoisse, des troubles auditifs passagers, des phénomènes douloureux dans la sphère du trijumeau ; sensation de soif intense, amnésies paroxystiques, actes impulsifs. Bonnier localise ce syndrome au niveau du noyau de Deiters, organe qui est en rapport avec les pédoncules cérébelleux inférieurs et par les noyaux des moteurs oculaires commun et externe avec les fibres du ruban de Reil et la voie sensitive centrale. Ce noyau est en rapport avec le glosso-pharyngien, le grand hypoglosse, la racine descendante du trijumeau et les fibres de la racine cochléaire de l'auditif. Ce noyau de Darters a une grande importance, car il représente dans le bulbe le prolongement de la colonne de Clarke. L. W.

XXXIII. — **Scléroses en plaques familiales. Contribution à la pathogénie des paraplégies spasmodiques hérédo-familiales**; par MASSALONGO. (*Riv. crit. di clinica medica*, n° 15, 1904).

La paraplégie hérédo-spasmodique, affection nouvellement isolée, est encore appelée diplégie familiale ou paraplégie spastique familiale ou sclérose en plaques familiale. L'auteur l'a observée chez deux frères âgés respectivement de 5 ans et demi et 4 ans. Consanguinité du père et de la mère, alcoolisme du père, famille tarée des deux côtés. Début chez l'un des enfants à deux ans et demi à la suite d'une gastro-entérite grave, chez l'autre à 22 mois à la suite d'une broncho-pneumonie. L'affection est caractérisée par une paraplégie spasmodique : tremblement intentionnel, parole stridente et saccadée ; exagération des réflexes tendineux et réflexe de Babinski, nystagmus. L'intelligence est normale. Deux autres enfants de la même famille paraissent normaux mais ont de l'exagération de divers réflexes : ce qui indi-

querait chez eux un état de réceptivité tout spécial du système nerveux et tout porte à croire que sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque la maladie pourrait se développer chez eux et réaliser ainsi le type familial ordinaire. L. W.

XXXIV. — **Observation de dystrophie musculaire congénitale à forme hypertrophique**; par Pini. (*Riv. crit. di clinica med.*, 1904).

Garçon de 19 ans ayant de l'hypertrophie du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze, du biceps, du long chef et du vaste externe tricipitaux. Les muscles hypertrophiés ne donnent pas la sensation de mollesse. L'électricité donne des réactions normales. L. W.

XXXV. — **Epilepsie réflexe par rétrécissement spasmodique de l'œsophage** ; par L. E. Bregman. (*Neurolog. Centralbl*, XX, 1901.)

Jeune homme de 25 ans, présentant les signes de l'obturation de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Elle est fonctionnelle, car, malgré la longue durée de l'affection, la nutrition est relativement satisfaisante, le rétrécissement est perméable aux sondes les plus grosses, les commémoratifs ne révèlent aucun motif de sténose organique.

Au-dessus du rétrécissement, existe une dilatation admettant près de 400 cent. cubes d'eau, dont les parois sont le siège d'un catarrhe chronique. Ce n'est pas un diverticule, car, on réussit à introduire la sonde dans l'estomac même quand le sac est plein d'aliments, l'épreuve des deux sondes, l'une dans l'estomac, l'autre dans le sac, montre que l'eau versée dans celui-ci passe dans celui-là, enfin l'éclairage Rœntgen dessine la dilatation œsophagienne effilée par le bas.

Le rétrécissement est survenu dans l'enfance spontanément, sans cause, s'est graduellement aggravé, a rendu l'alimentation de plus en plus difficile. Ni hystérie, ni neurasthénie : une sœur du patient est arriérée physiquement et intellectuellement. Puis s'est produite la dilatation et l'inflammation catarrhale chronique.

Enfin se sont manifestés des accidents évidemment épileptiques (perte de connaissance, etc.), qui sont réflexes, car ils ne se montrent que pendant le repas sous l'influence des efforts pour faire passer les aliments ; ils se sont ajoutés à l'affection locale, alors que celle-ci existait depuis bon nombre d'années, et le passé, pas plus que l'existence actuelle du sujet ne trahit de causes telles que syphilis, alcoolisme, traumatisme, infection. Traitement : sondages, lavages, nervins, toniques, alimentation rectale, KBr. P. Keraval.

XXXVI.— **Réplique aux critiques de M. Kienbœck sur ma symptomatologie des troubles trophiques de la syringomyélie (ostéomalacie)** ; par S. S. NALBANDOFF — **Réplique à cette réponse** ; par KIENBÆCK. — **Contribution à la pathogénie des arthropathies dans la syringomyélie** ; par HUDOVERNIG. (*Neurolog. Centralblatt*, XX, 1901.)

Le travail de M. Kienbœck intitulé : *Troubles trophiques dans le tabes et la syryngomyélie étudiés à l'aide des rayons de Rœntgen* (*Neurolog. Centralblatt*. XX. 1901) dénie à la décalcification des os, mise en lumière par M. Nalbandoff (*Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilk*. 1900.XVII.et *Obozrènie psichiatrii*,V.1900) toute importance névropathique. (Voir les *Archives de Neurologie*, t. XIII.1902, p. 66 et t. XVI. 1903 et p. 425.)

M. Nalbandoff insiste.La décalcification des phalanges osseuses est un phénomène singulier, non encore signalé ; il existe un rapport entre la disparition de la chaux et les phlegmons chroniques. « Cette décalcification passagère d'un os enflammé dans une inflammation phlegmoneuse grave n'a rien de rare, répond M. Kienbœck, même chez un individu ordinaire. Le ramollissement avec transparence des os des doigts, en l'espèce, tient à une simple décalcification de la substance osseuse fondamentale. Ce n'est pas de l'ostéomalacie, c'est de l'*halistérèse inflammatoire* ; cela n'a rien d'extraordinaire, de réflexe ; c'est dû à l'ostéomyélite, à l'hyperémie inflammatoire. »

M. Hudovernig donne une nouvelle observation, avec radiogrammes, caractérisée par du nystagmus et une arthropathie de l'articulation du coude et du poignet, ayant eu pour cause occasionnelle un effort musculaire exagéré. L'affection de la moelle a préalablement, comme le dit M. Charcot, déterminé une grave altération de structure sur laquelle a agi le traumatisme. L'affection médullaire a modifié la nutrition des articulations qui, de ce fait, se sont trouvées prédisposées à faire, sous l'influence d'un traumatisme léger, de l'arthrite grave ; avec celle-ci s'est développée la déformation de chacune des parties constituantes des articulations. Telle doit être la genèse de la plupart des arthropathies syringomyéliques ; le point de départ du trouble de la nutrition, la cause des atrophies, doivent être centraux et non périphériques.

« La décalcification de Nalbandoff tient simplement au phlegmon et non à la syringomyélite, car, dans notre observation, c'est M. Hudovernig qui parle, il n'y avait pas de décalcification. Mais il est probable que dans le cas de Nalbandoff,la décalcification consécutive au phlegmon n'eût pas été si intense,si le phlegmon eût eu lieu chez un individu sain, indemne de syringomyélie. Les os du malade devaient, de par l'affection de la moelle,

être prédisposés à cela, à raison de l'altération de structure dont parle Charcot ; le phlegmon en sévissant sur un os déjà miné a exagéré la destruction osseuse. » P. KERAVAL.

XXXVII. — **La genèse du tabes** ; par C. PANDY. (*Neurolog. Centralb.*, XX. 1901.)

M. Pandy résume ses expériences et les conclusions qu'il prétend en tirer.

C'est la région des bandelettes externes ou la zone intermédiaire qui sont les plus sensibles à l'altération des échanges nutritifs. Quelle qu'en soit l'origine (pellagre, ergotine, plomb, alcool, syphilis, diabète, affection organique du cœur), une fois que l'altération a commencé elle s'étend toujours plus loin aux fibres connexes et voisines.

Les cordons postérieurs peuvent dégénérer, tandis que les racines postérieures demeurent intactes et les racines étant dégénérées, les cordons postérieurs peuvent demeurer indemnes. La lésion des cordons postérieurs peut donc être indépendante de celle des racines postérieures.

Or, ce n'est pas la lésion des racines postérieures qui occasionne le tabes, mais inversement, la lésion des cordons postérieurs s'étend aux racines.

Le tabes est une lésion pseudo-systématique, endogène, qui commence par la zone de Charcot et Pierret des cordons postérieurs de la moelle (zone intermédiaire, bandelettes externes), et qui, selon toute apparence, provient d'une intoxication syphilitique chronique des cordons postérieurs. Cette zone est sans exception, dans tous les troubles des échanges nutritifs, la partie la plus sensible des cordons postérieurs ; c'est pour cela que les dégénérescences hydropiques, pellagreuses, et autres, s'y produisent en premier lieu pour, de là, gagner, comme dans le tabes, les autres parties les plus voisines du cordon postérieur et aussi les racines postérieures. *La lésion de la zone Charcot-Pierret est la condition* sine qua non *du tabes* ; c'est ce qui explique non seulement toutes les altérations anatomiques, mais le tableau clinique.

P. KERAVAL.

XXXVIII. — **Des symptômes cérébraux dans la carcinomatose** ; par A. SAENGER. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.)

De faits extrêmement nombreux examinés par l'auteur, il résulte que les symptômes cérébraux de la diathèse cancéreuse sont de deux ordres principaux : 1° d'ordre général ; 2° d'ordre spécial.

Les symptômes cérébraux d'ordre général se manifestent par le

coma, l'apathie, la démence ; il n'existe pas de lésions anatomiques ; ces troubles sont probablement de nature toxique.

Les symptômes cérébraux spéciaux, ou symptômes de lésions en foyer se traduisent ou non par des lésions macroscopiques. *a*). Ceux qui ne se traduisent par aucune lésion visible à l'œil nu émanent probablement d'une métastase cancéreuse microscopique dans les méninges ou la substance du cerveau, ou encore d'altérations que nos méthodes de recherches actuelles ne permettent pas de découvrir. *b*). Ceux dans lesquels on constate une lésion macroscopique dérivent : *α*) de tumeurs métastatiques de grosseurs diverses ; *β*) d'hémorrhagies ou de ramollissements sans néoplasmes métastatiques.

Il peut y avoir combinaison de symptômes cérébraux de nature générale et de symptômes cérébraux de nature spéciale.

P. KERAVAL.

XXXIX. — **Mutisme hystérique, agraphie et kleptomanie** ; par N. N. TOPORKOW. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

Belle observation encadrée d'une revue bien faite, démontrant l'impossibilité d'établir et de sérier les tableaux cliniques de l'hystérie. Les symptômes sont éminemment changeants individuellement. P. KERAVAL.

XL. — **De l'amaurose hystérique** ; par H. KRON. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI. 1902.)

Grouper un grand nombre de cas et en examiner les particularités afin de juger de cet important phénomène si embarrassant au point de vue médico-légal, tel est le but de l'auteur. Il nous donne d'abord deux observations personnelles dont la première a trait à la question de savoir s'il s'agit d'une hystérie traumatique ou du foudroiement direct du système nerveux. Elle concerne une téléphoniste de 24 ans, qui, pendant qu'elle opérait, fut frappée d'une décharge atmosphérique émanée d'un orage planant sur Magdebourg. Amaurose de l'œil gauche ; mais il fonctionne sous l'influence du fonctionnement simultané de l'œil droit. C'est donc une affection psychique (figures).

La révision des faits collectés dans la science indique les principales particularités suivantes.

L'amaurose bilatérale n'est pas rare : 26 observations contre 23 unilatérales. Sur les 23 unilatérales, 13 concernent l'œil droit, 9 l'œil gauche. L'amaurose unilatérale a frappé 7 hommes et 16 femmes ; la bilatérale, 4 h., 22 f. L'amaurose à un seul accès a été : — *a*. transitoire (quelques jours de durée) en 11 cas ; — *b*. de courte durée (2 à 6 semaines) en 11 cas ;— *c*. de longue durée (4 mois à 10 ans) en 10 cas. L'amaurose à plusieurs accès s'est

montrée : — *a*. intermittente régulière en 2 cas ; — *b*. intermittente irrégulière en 2 cas; — *c*. récidivante en 9 cas. L'examen de la marche des accès montre l'erreur des auteurs assignant à la durée de l'amaurose hystérique quelques heures ou jours puisque sur les 32 faits d'accès uniques il y en a 11 qui ont duré 2 à 6 semaines, et 10 qui ont persisté 4 mois à 10 ans. L'âge correspond en général aux chiffres de Briquet et Landouzy sur l'apparition de l'hystérie.

Sur les 49 observations, il n'y eut 16 fois aucune autre manifestation de l'hystérie mentionnée ; 4 fois toute autre manifestation hystérique fut certainement absente ; en 29 cas il en existait plus ou moins. C'est dans l'amaurose bilatérale qu'existent généralement les manifestations hystériques les plus violentes. Bien entendu, l'amaurose peut être le symptôme unique de l'hystérie. Le développement graduel de l'amaurose n'a eu lieu que 2 fois ; on mentionne relativement peu qu'elle ait été précédée d'attaques ou convulsions hystériques : peu de cas aussi où les émotions aient été la cause immédiate de la cécité ; 8 fois seulement le traumatisme.

Nulle part la paralysie des muscles intrinsèques de l'œil n'est établie, pas plus que l'immobilité purement réflexe des pupilles avec conservation de l'accommodation. Pas davantage d'opinion unanime quant aux muscles extrinsèques ; ils ne sont pas paralysés dans le petit nombre de cas où ils présentent quelque anomalie, sauf pour la blépharoptose. Le fond de l'œil, indemne par définition (amaurose mentale), peut présenter quelque modification à raison de la contracture spasmodique ou de la dilatation partielle des vaisseaux (Galezowsky, Charcot). Une neuro-rétinite a constitué une complication dans le cas de Schweigger.

L'évolution est bénigne dans l'immense majorité des cas : la guérison est la règle ; 38 des 49 malades se sont rétablis. Traitement surtout moral, y compris électricité, magnétisme, suggestion.

La question de la simulation est difficile à résoudre. L'aveugle psychique se meut dans l'espace autrement que l'aveugle somatique.

Dans l'*amaurose unilatérale, l'œil malade peut fonctionner sous l'influence de la vision binoculaire : quand on ferme l'œil sain, l'œil malade est instable, erratique, vague, et ne reprend sa stabilité, sa fixité que lorsqu'on rétablit la vision binoculaire* (Kron, Kœnigstein). Tous les instruments d'épreuve sont donc pernicieux à l'accusé. L'expérience du médecin reste en défaut en présence d'une amaurose monosymptomatique de l'hystérie, survenue sans prodromes, sans cause apparente.

P. Keraval.

ASILES D'ALIÉNÉS

V. — **La situation des enfants anormaux en Suisse** ; par Decroly. (*Policlinique de Bruxelles*, 1903, n° 23.)

Une statistique dressée en 1897 par le Dr Ganguillet indique que sur 400.000 enfants en âge scolaire il y avait 13.155 anormaux des diverses catégories dont 7667 faibles d'esprit, parmi lesquels 2615 appartenaient au groupe des idiots, des imbéciles et des crétins. Après avoir rappelé ce que doit être l'enseignement des anormaux et dans quels milieux ils se recrutent surtout, l'auteur attire l'attention sur l'utilité de la création des cours normaux pour instituteurs se destinant à cet enseignement particulier et aussi sur les avantages des patronages pour enfants sortant des écoles d'anormaux, il exprime le désir que son pays s'inspire de la Suisse ; faisons le même vœu pour le nôtre. L. Wahl.

VI. — **L'assistance familiale et la réforme de la loi sur le régime des aliénés en Hollande** ; par le Dr Meeus. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 116.)

En vue de favoriser l'assistance familiale des aliénés en Hollande, il vient d'être déposé un projet apportant des modifications à la loi du 27 avril 1884 sur le régime des aliénés et du 28 juin 1854 sur l'assistance publique.

L'article II de ce projet de loi règle la situation légale des aliénés placés dans les familles : ceux-ci continuent d'appartenir, de fait, à l'asile autour duquel ils sont placés.

L'article III du même projet assure aux aliénés assistés dans les familles les secours que la commune-domicile doit aux aliénés indigents et aussi les subsides ordinaires de la Province et de l'Etat. C'est à la direction de chaque asile qu'appartient le droit de désigner les aliénés qui peuvent bénéficier de l'assistance familiale.

A propos de ce dernier point, plusieurs médecins de la Société psychiatrique néerlandaise ont émis le vœu que le médecin en chef de chaque asile devait être le seul juge de l'opportunité du placement dans les maisons de nourriciers, celles-ci, d'après l'esprit même du projet de loi, faisant partie intégrante de l'asile dont elles deviennent une sorte de quartier. G. Deny.

VII. — **Rapport annuel de la section des aliénés de l'hôpital arménien de Saint-Sauveur à Constantinople** ; par le Dr Luigi Mongeri. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 115.)

VIII.—**L'étiologie de l'Idiotie simple comparée à l'étiologie de la paralysie infantile cérébrale** ; par le Dr W. Kœnig, de Dalldorf. (*Allgem. Zeitsch, für Psychiatrie*, 1904, p. 133.)

	Paralysie infantile cérébrale	**Idiotie simple**
1. — Maladie nerveuse ou mentale des ascendants	env. 28,5 %	32 %
2. — Phthisie des ascendants	env. 14,4 %	env. 13,8 %
3. — Père grand buveur	23 %	env. 15 %
4. — Choc psychique de la mère	23 %	env. 12,5 %
5. — Traumatisme durant la grossesse	env. 2,9 %	env. 3 %
6. — Consanguinité des parents	1,4 %	env. 1,1 %
7. — Primogéniture	27,1 %	env. 17.6 %
8. — Naissance avant terme	10 %	3,8 %
9. — Naissance illégitime	10 %	6,5 %
10. — Enfant délicat à la naissance	15,7 %	10 %
11. — Enfant, un des derniers ou le dernier d'une nombreuse famille	10 %	16,9 %
12. — Maladie nerveuse ou mentale de frère ou sœur	7,1 %	30,7 %
13. — Phthisie, état scrofuleux des frères ou sœurs	5,7 %	2,3 %
14. — Nombreuses morts de frères ou sœurs dans l'enfance, avortements plus ou moins soupçonnés	35,7 %	env. 16,8 %
15. — Accouchement laborieux et asphyxie à la naissance	11,4 % (14 %)?	10 %
16. — Traumatisme	5,7 %	2,6 % (2,5 %?)
17. — Maladies infectieuses	7,1 %	3,4 % (2,3 %?)
18. — Lues	4 % de certains 3 % de probables soit environ 7 %	6,5 % de certain 4,2 % de probabl. soit env. 10,7 %

IX. — **Essai de classification des enfants anormaux** ; par M. Grozmann.

1° *Enfants anormaux de naissance* : *idiots*, imbéciles, fous, criminels et pervertis moraux ; 2° *Enfants atteints d'anomalies congénitales* : épileptiques, aveugles, sourds-muets, etc... ; 3° *Enfants atteints d'arrêt de développement* : Groupes pathologiques : enfants d'apparence normale à la naissance, mais ayant subi un arrêt de développement relevant : *a*) de causes héréditaires ; *b*) de maladies, d'une frayeur, etc... Ces groupes se rapprochent du groupe des enfants atypiques ; mais le traitement est moins efficace chez les enfants des premiers groupes que chez les enfants vrai-

ment atypiques ; et lorsque ce traitement n'est pas institué à temps, les enfants peuvent devenir de véritables anormaux : 4° *Enfants atypiques* (déviés du type moyen) : a) *Enfants névropathes et neurasthéniques* : atteints d'excitation et de précocité, irritabilité, tendances perverses, troubles moteurs, tics, peurs et obsessions. Troubles vaso-moteurs, sensoriels et trophiques, etc.... ; — b) *Enfants retardés dans leur développement* : soit par des des causes physiques, catarrhe chronique, troubles chroniques de la nutrition, de la vision, etc..., soit par la lenteur de leur développement cérébral. Ces enfants atypiques sont anormaux ; en puissance ; autrement dit, ils peuvent, s'ils sont délaissés, présenter des troubles permanents, mentaux ou normaux : 5° *Enfants pseudo-atypiques : a) Enfants dont les progrès à l'école sont retardés par : a)* une maladie accidentelle ; b) les changements d'écoles : 3° un développement relativement lent : 4° des difficultés physiques telles que difformités, végétations adénoïdes, etc.... ; b) *Enfants dont le développement est d'une rapidité inaccoutumée, sans véritable précocité* ; c) *Enfants d'éducation difficile :* méchants, agités, voleurs. Ces enfants pseudo-atypiques doivent être traités, sans perdre de temps, comme les atypiques et les dégénérés. (*Revue neurologique* du 15 décembre 1904, p. 1179).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 février 1905. — Présidence de M. Brissaud.

Myasthénie bulbo-spinale.

MM. Launois, Klippel et M. Villaret présentent un malade atteint du syndrome myasthénique dans sa forme bulbo-spinale (Erb-Goldflam). Mais la myasthénie peut être le résultat de diverses maladies du système nerveux, ou apparaître à titre d'association morbide. Tout récemment, MM. Brissaud et Bauer ont vu la myasthénie associée à une maladie de Basedow, terminée par la guérison, et Kollarits, de son côté, avait conclu que le syndrome d'Erb-Goldflam, de même que la réaction de fatigue, pouvait se montrer au cours de diverses maladies. Chez notre malade, la myasthénie est associée à une neurasthénie décelable par les signes suivants : développement de la maladie à la suite du chagrin et du surmenage, dépression psychique et idées

tristes au début, désordres de la motricité consécutifs, maux de tête, paresthésies multiples, anesthésie par places, douleurs erratiques, dyspepsie atonique, concomitante. Ces signes sont au second plan par rapport à la myasthénie, mais leur existence est importante à signaler. D'ailleurs, l'évolution de la maladie, qui s'améliore sensiblement, peut répondre plus spécialement à la neurasthénie ; cet argument ne serait pas cependant décisif puisque MM. Raymond et Sicard, dans la dernière séance de cette Société, ont présenté un malade myasthénique dont la guérison a été complète et s'est maintenue,ce qui, pour ces auteurs, ne serait pas exceptionnel. Notons que, chez notre malade, il était survenu il y a quatre ans un syndrome atténué dans sa gravité et sa durée, comparable à la myasthénie actuelle et dont la guérison fut alors complète. Insistons, pour terminer, sur ce fait que notre malade présente plusieurs tares qui se lient à des troubles de développement.

Sclérose en plaques chez un enfant de 5 ans.

M. Armand-Delille présente une fillette atteinte de tremblement intentionnel avec démarche légèrement spasmodique, exagération de tous les réflexes tendineux, clonus du pied et nystagmus. Il s'agirait d'une sclérose en plaques à forme spinale. Cette affection ne paraît pas relever nettement d'une maladie infectieuse. L'enfant a eu la rougeole un an auparavant, et c'est 6 mois après que les parents ont remarqué le tremblement, mais la marche a toujours été spasmodique, aussi faut-il peut-être incriminer une infection de la 1re enfance restée inaperçue.

Mouvements associés en dehors de l'hémiplégie.

MM. Brissaud et Sicard montrent une femme atteinte depuis plusieurs années de syncinésie. Tout mouvement, acte ou geste, conscient ou non, accompli par une main est exactement reproduit par l'autre. Ce symptôme tient à une disposition ou lésion organique très ancienne. La seule présomption d'atteinte pyramidale consiste dans l'exagération des réflexes. La malade présente l'écriture spéculaire spontanée.

Tabes avec atrophie dans le domaine moteur du trijumeau.

MM. P. Marie et Leri amènent un malade qui offre les symptômes les plus divers du tabes dorsal caractérisé. Il a en plus une atrophie très marquée des masticateurs du côté gauche ; cette atrophie frappe à première vue pour le masséter et le temporal ; elle se dénote pour le ptérygoïdien externe, par l'impossibilité des mouvements de diduction du côté opposé. Le myélo-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique, innervés aussi par la branche motrice du trijumeau, sont également atro-

phiés. Enfin la luette est déviée vers le côté gauche et le voile du palais abaissé de ce côté, ce qui est tout à fait confirmatif de l'opinion encore discutée qui fait innerver le péristaphylin externe par les fibres que le ganglion otique reçoit du trijumeau. Ces atrophies dans le domaine du trijumeau au cours du tabes sont tout à fait rares, on n'en a encore signalé que deux cas (Schultze, Chvostek). On constate de plus chez ce malade, dans la zone du trijumeau, des troubles sensitifs (troubles de la sensibilité tactile) et des troubles trophiques (cataracte précoce, chute spontanée des dents). Il y a aussi une ophtalmoplégie totale qui s'est faite en plusieurs temps (paralysie de la VIe paire d'abord, puis de la IIIe et de la IVe) et une cécité par atrophie papillaire. La concomitance de lésions importantes dans le domaine des II, III, IV, V, VIes paires et dans celles-ci seules ne s'explique bien que par une méningite de la base ; or c'est précisément cette lésion que nous avons signalée comme constante, ou presque constante, au pourtour des voies optiques dans les autopsies de tabétiques aveugles. Ce malade offre une confirmation clinique du fait anatomique que nous avons avancé. Il est probable que différents autres troubles dans le domaine des nerfs craniens chez des tabétiques sont dus à cette méningite de la base.

Névrite ascendante.

MM. Raymond et Guillain présentent un malade qui, à la suite d'une petite plaie suppurée de la main gauche, ressentit plus tard de violentes douleurs dans tout le membre ; le médian, puis le plexus brachial, devinrent douloureux et il se produisit de l'inégalité pupillaire.

Hémiplégie cérébrale infantile.

M. Faure-Beaulieu montre un malade dont la musculature du côté hémiplégié est très hypertrophiée et atteinte d'un état spasmodique dont l'intensité varie.

Maladie de Parkinson et état paréto-spasmodique.

MM. L. Lévy et Taguet présentent un malade de 45 ans, présentant un ensemble de symptômes qui se rapportent à la maladie de Parkinson : raideur des membres, lenteur et maladresse, antépulsion, rétropulsion, chaleurs paroxystiques, facies figé, tremblement à l'état de repos, qui apparaît quand les extrémités ne sont pas fixées. En outre, existe un état parétospasmodique avec amyotrophie diffuse. Diminution simple de la contractilité faradique et galvanique. Les réflexes sont exagérés sans qu'on constate d'ailleurs ni trépidation épileptoïde, ni signe de Babinski. Après discussion, les auteurs admettent que ce syndrome

fait partie de la maladie de Parkinson. Est-il myopathique, myélopathique ? Vient-il éclairer la nature de l'affection ?

Hérédo-syphilis du névraxe à forme tabétique très améliorée par le traitement mercuriel.

MM. Guillain et Thaon montrent un garçon de 14 ans, héréditaire syphilitique avéré, qui, il y a deux ans, a commencé à ressentir des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et à présenter de l'ataxie. Au mois de juillet 1904, les accidents nerveux subirent une poussée ; quand il vint au mois d'août dernier à la Salpêtrière on constatait une grande ataxie, le signe de Romberg, de la dysarthrie, de la dysphagie, une certaine obnubilation psychique et un peu d'amnésie. Le malade fut mis au traitement mercuriel intensif, et rapidement la plupart des symptômes s'amendèrent. Aujourd'hui (janvier 1905), il n'a plus ni ataxie, ni signe de Romberg, ni dysarthrie. Mais l'abolition des réflexes achilléens et rotuliens persiste,ainsi qu'une atrophie papillaire bilatérale et l'immobilité des pupilles à la lumière et à la convergence. Cette observation a paru intéressante à rapporter par ce fait qu'on est en présence d'une modalité relativement rare de la syphilis héréditaire du névraxe ; de plus, la rétrocession de la plupart des symptômes de la série tabétique par le traitement mercuriel dans un cas d'hérédo-syphilis doit être prise en considération au point de vue de la pathogénie des affections de cet ordre.

Confusion mentale.

MM. Gilbert-Ballet et F. Rose apportent les pièces d'une malade ayant présenté pendant la vie le syndrome de la confusion mentale, et à l'autopsie de laquelle on trouva une pachyméningite du lobe frontal droit, constituée par de la scléro-gomme. Quoique la malade fût suspecte d'éthylisme, il est peu probable qu'il s'agissait de confusion mentale toxique, vu l'intégrité des cellules corticales et du foie. Et il semble permis de rendre la pachyméningite spécifique frontale responsable du syndrome de la confusion ; ce syndrome se rencontre d'ailleurs dans d'autres lésions organiques du cerveau,telles que les tumeurs, par exemple.

Sections nerveuses.

M. Mélia (de Milan) a étudié par la méthode de Cajal des nerfs sectionnés et a trouvé après trois semaines des fibrilles très nombreuses et fines dans le bout périphérique.

Maladie de Recklinghausen.

MM. Chiray et Coryllos présentent un cas typique avec

nævi, taches pigmentaires, tumeurs cutanées et sous-cutanées (dermato et neuro-fibromes) chez un hérédo-syphilitique.

MM. Brissaud, Déjerine, Huet et P. Marie, à propos d'un cas atypique de myopathie, admettent l'évolution de ce syndrome chez un malade atteint de paralysie infantile myélopathique. F. Boissier.

CORRESPONDANCE

Personnel médical des asiles d'aliénés.

Mayenne, le 13 février 1905.

Monsieur et très honoré Maître,

Je n'ai pu répondre plus tôt à la circulaire que vous avez bien voulu me faire parvenir, à cause d'un changement de poste de l'asile de Bailleul à celui de Mayenne.

C'est donc surtout la situation de l'asile de Bailleul où je suis resté six ans que je puis envisager. Dans un asile comme celui-là, où existe un pensionnat très important, rapportant 250.000 fr. par an, et où l'on compte 300 nouvelles entrées annuelles, avec une population totale de 1.400 malades, la proportion actuelle d'un médecin en chef, de deux adjoints est, à mon avis, tout à fait insuffisante.

Un professeur de la Faculté de médecine de Lille me disait, il y a quelque temps : « Je ne vous envoie jamais de malades de ma clientèle particulière, parce qu'à l'asile de Bailleul, les malades ne sont pas soignés. Je compte le médecin en chef pour un, les deux adjoints qui sont annihilés par le médecin en chef, pour 1/2. Vous êtes donc, selon moi, un médecin et demi pour soigner 1.400 malades ».

Il faudrait, selon ce professeur, calquer, pour les asiles, l'organisation des services hospitaliers : plus de médecins-adjoints, mais autant de services médicaux autonomes que de médecins, chacun des médecins étant, bien entendu, responsable, et les médecins-adjoints nouvellement reçus commençant par être mis à la tête d'un service de chroniques.

Pour trancher la question de la proportion des médecins, il faudrait, à mon avis, commencer par créer pour les aliénés la division logique qui a toujours existé pour tous les autres malades : services d'hôpitaux et services d'hospices ; mettre à part les aliénés ayant moins de deux ans de séjour (ce laps de temps

indiqué déjà par Esquirol est une manière de voir sans doute trop générale, et il y aurait à envisager des questions d'espèces); puis constituer alors avec les autres malades des services d'hospices formant le bloc des chroniques.

Dans ces deux classes de services, la proportion des médecins ne devrait pas, sans doute, être la même. Pour les malades ayant moins de deux ans de séjour, je crois qu'un médecin ne peut pas véritablement suivre et soigner réellement plus de 100 malades.

Ce qui malheureusement empêchera longtemps encore, je le crains, la réalisation de cette réforme, c'est la question d'argent, les asiles de province en dehors des asiles du Nord (Armentières et Bailleul) restés autonomes, dépendant tous des conseils généraux hostiles à toutes dépenses, et refusant même de plus en plus généralement à accorder jusqu'à une retraite aux médecins actuels, malgré des versements réguliers faits pendant 30 ans.

Dans l'Oise, les médecins de l'asile de Clermont versent à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, comme les gardes-champêtres !

Dans l'Allier, la préfecture refuse de faire suivre les versements des médecins quittant le département ; dans la Haute-Vienne, on ne peut verser que sur 5.000 fr. de traitement, alors que les réglements ministériels prévoient des classes jusqu'à 8.000 fr. Dans le Nord, les médecins-adjoints de Bailleul et d'Armentières ont pu faire ramener de 20 à 10 le nombre d'années de séjour dans le département donnant droit à une pension de retraite. Sans cela, M. le docteur Cortyl, âgé de 72 ans, et n'ayant encore que 15 ans de service dans le Nord, aurait dû attendre jusqu'à 77 ans pour avoir droit à une retraite malgré 40 années de service dans les asiles publics d'aliénés.

Le seul moyen pour aboutir à des réformes serait, à mon avis, de rendre les asiles autonomes et sous la dépendance directe et exclusive du ministère de l'Intérieur. Pour cela, il faudrait que tout nouvel asile créé pût, à l'aide de ses bénéfices annuels, rembourser par annuités le département des sommes avancées pour sa construction. Les asiles déjà construits devraient également bénéficier de cette manière de faire pour arriver à se libérer vis-à-vis des conseils généraux, et obliger alors ceux-ci à donner un prix de journée correspondant aux besoins réels des aliénés et des services généraux.

C'est ainsi que l'asile de Bassens a pu empêcher le Conseil général de la Savoie de descendre à un prix de journée absolument ridicule. En attendant ne pourrait-on pas, en imitation de la loi sur l'Assistance médicale gratuite, établir pour tous les aliénés un prix de journée minimum.

Telles sont, Monsieur et très honoré Maître, les considérations, que j'ai l'honneur de vous soumettre respectueusement

en réponse à votre circulaire, en vous priant d'agréer l'hommage de mon profond respect. Dr DESWARTE,
Médecin adjoint de l'Asile de la Roche-Gandon (Mayenne).

La lettre très intéressante de M. le Dr Deswarte vient corroborer, sur bien des points, l'article si documenté de M. le Dr Coulonjou, paru dans notre dernier n° (p. 110). L'enquête est ouverte. A nos collègues des asiles de la continuer.

BIBLIOGRAPHIE

III. — *Rapports et budgets de l'asile d'aliénés d'Evreux* (Eure), par le Dr BESSIÈRE, médecin directeur.

Le 31 décembre 1903, il restait à l'asile 988 malades (487 H. et 501 F.). Dans l'année, 173 entrées. Le nombre des malades du département a augmenté. « Sous le régime des *congés, complètement inconnu il y a dix ans* et pratiqué maintenant avec libéralité, l'établissement n'aurait actuellement presque plus de places disponibles à réserver aux aliénés des autres départements.» Parmi les admissions, signalons 14 cas de démence précoce, dont M. Bessière relate plusieurs observations intéressantes, avec stéréotypies analogues à celle qu'à décrites plus haut M. le Dr Dromard ; 9 de folie alcoolique, autant de cas de paralysie générale, 10 cas d'idiotie ou d'épilepsie.« C'est toujours la période de la vie comprise entre 20 et 40 ans qui est la plus atteinte par l'aliénation mentale »,

Il y a eu 24 sorties par guérison et 15 par amélioration. — 87 aliénés sont décédés dans l'année dont 13 par tuberculose pulmonaire (1). Il n'y en a pas eu par fièvre typhoïde. « 2 femmes sont mortes subitement d'attaques convulsives. La plupart des épileptiques meurent de cette façon. » A Bicêtre nous n'avons qu'assez rarement des décès subits dans les accès isolés, même par état de mal.

Les prévisions budgétaires de l'exercice 1905 sont basées sur un chiffre de recettes de 483.618 fr. qui ont été balancés en dépenses. Le prix de journée pour les malades de l'Eure est de 1 fr. 20. Il est de 1 fr. 40 pour les malades de la Seine.

(1) « Les décès par tuberculose, plus nombreux que d'habitude, sont dus en partie à l'hiver rigoureux que nous venons de traverser, mais ils doivent aussi être attribués à l'encombrement (disparu aujourd'hui) qui a régné pendant toute l'année dans les quartiers des femmes. »

VARIA

Tares dynastiques.

Un de nos confrères les plus notoirement favorables au tsarisme vient de publier une dépèche inquiétante au sujet de la santé du tsarévitch Alexéi. On nous raconte que des luttes regrettables ont lieu quotidiennement entre la mère et l'épouse du tsar au sujet du traitement que doit suivre l'enfant impérial. Et l'on ajoute que, malgré le mutisme des milieux officiels, la maladie de l'héritier du trône est l'objet de discussions passionnées chez les personnes informées.

Puisque les défenseurs les moins suspects du tsarisme se résignent à toucher à ce sujet particulièrement délicat et douloureux ; je crois ne pas devoir retenir par devers moi des renseignements que je possède depuis quinze jours, mais dont la publication me semblait pour le moins superflue. Il est parfaitement exact que l'état du fils de Nicolas est loin d'être rassurant. J'en ai la preuve dans ce passage d'une lettre qui émane de quelqu'un dont le devoir est d'être renseigné sur les gestes du nourrisson.

« L'enfant est complètement malade. C'est bien l'enfant conçu par un père de constitution morbide. Il souffre de fréquents accès de convulsions qui, chaque fois, déterminent un état de faiblesse inquiétant. Son alimentation est très irrégulière. Sa chair n'est pas ferme comme il le faudrait. Ses joues sont pâles et semblent boursouflées. Sa colonne vertébrale, paraît-il, n'est pas normale et l'on raconte que le professeur Ott craint ce que l'on appelle le mal de Pott. Ce professeur aurait déclaré, sur les demandes d'explication du tsar et de l'impératrice, que l'enfant souffre d'un mal constitutionnel.

« Ce n'est pas seulement le tsarévitch qui souffre d'un « mal constitutionnel » ! C'est, en dehors de lui, toute la Russie. Mais on ne comprend que trop bien que le mal de son fils empèche l'empereur de s'occuper de celui du peuple. Si, ces temps derniers, l'empereur n'a pu suivre avec l'énergie qu'il aurait montrée en d'autres circonstances les événements politiques, comme vous le lui reprochez à l'étranger, c'est parce que le souci immédiat de son enfant l'absorbait tout entier... »

Tragique aveu ! Mais combien il confirme tout ce que pouvaient craindre ceux qui connaissent l'histoire de la dynastie Holstein-Gottorp. Le « mal de Pott » dont on parle est, on le sait, une des formes les plus désastreuses de la tuberculose infantile. Les deux frères de Nicolas II en sont atteints. Lui-mème, de constitution extrêmement faible, a hérité de ses ancêtres une tare qui, avec celle mentionnée, constitue l'apanage tragique de la famille. Il est épileptique. Son père, Alexandre III, est mort de tuberculose

miliaire, après avoir toute sa vie été sujet à des anomalies psychologiques incohérence, amnésie, brusques alternatives d'abattement moral et de violence irraisonnée, que les cliniciens modernes mettent sur le compte de la tuberculose latente. Le frère aîné d'Alexandre III est mort de tuberculose. Chez Alexandre II, on remarqua, dès la jeunesse, les stigmates psychologiques du même mal.

Faut-il remonter plus loin ? Les trois frères : Alexandre Ier, Constantin (exclu de la succession pour cause de faiblesse cérébrale) et Nicolas Ier furent, le premier, un érotomane d'abord, puis un mystique, le second un amnésique, le troisième un violent, atteint de phobies diverses, en proie à d'inexplicables accès de cruauté subite envers les bêtes. Ils portèrent les tares de leur père, Paul Ier, surnommé Paul le Fou, que sa mère Catherine II, avait exclu de la succession, et dont le règne, auquel mit fin son assassinat, ne fut qu'un épouvantable cauchemar de cinq ans. Plus haut, nous voyons le père de Paul, ce duc Pierre Ulric de Holstein-Gottorp, prince allemand appelé au trône après extinction de la descendance directe de Romanoff Pierre-le-Grand, en 1762. Ce fut un dégénéré au premier chef, alcoolique au suprême degré, et répugnant en toutes choses, que son épouse Catherine, d'origine allemande elle aussi, fit tuer par ses courtisans...

A se rappeler cette longue et douloureuse histoire d'une dynastie que l'ironie du sort appela à diriger le plus vaste empire du monde, on s'explique trop bien l'impuissance morale de Nicolas II et la faiblesse native de son héritier. C'est dans l'ordre. (*L'Aurore*, 17 février 1905.) Alexandre Ular.

FAITS DIVERS

Faculté de médecine : *Conférences de médecine légale psychiatrique*. M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences, le samedi 11 mars 1905, à 2 heures, 3, quai de l'horloge. Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat. Un certificat de présence constatant l'assiduité à ce cours durant tout le semestre d'hiver sera régulièrement délivré.

Errata. — Dans l'article de M. le Dr Simon, p. 108 ligne 4 : au lieu de « réaction et suicide », lire : *réaction suicide*. — Page 110, à la 3e ligne finale, au lieu de « ces tout complexes » lire : ces *ensembles complexes*.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XIX Avril 1905 N° 112

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE

Note sur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation sur la descendance;

PAR M. CH. FÉRÉ.

La question de l'hygiène sexuelle est des plus délicates : les conseils mal adaptés, ou venus mal à propos, éveillent la sensualité et peuvent provoquer des fautes qu'il s'agissait d'éviter. Mais la vérité s'exprime nécessairement, et d'ailleurs on ne peut pas oublier que, dans ce domaine en particulier, l'ignorance est le terrain le plus favorable au développement du vice (1).

La morale est l'utilité dans le milieu, la loi qui se fait obéir et s'impose comme une utilité et finit par s'assimiler à la morale. En ce qui concerne le sexe, nombre de gens bien pensants admettent que tout est bon et moral, quand il est couvert par la loi : dans le mariage, il n'y a pas d'excès, ni de perversions.

Les perversions cependant jouent un rôle important dans la dissolution du mariage. Des jeunes femmes sont stupéfaites quand on leur offre ou quand on leur demande des caresses ou des complaisances qui ne leur sont pas prévues par leur éducation insuffisante sur les fonctions de la reproduction. Les perversions conjugales peuvent être nuisibles au point de vue somatique et au point de vue moral : leur nocivité n'est pas suspendue par la loi ou par un sacrement. Il en est de mê-

(1) Ch. FÉRÉ. — *L'instinct sexuel, évolution et dissolution*, 2e édit., 1902, p. 300.

me des excès qui ont les mêmes sanctions naturelles dans le mariage et dans l'union libre. La chasteté habituelle antérieure n'exclut pas la tendance aux excès conjugaux : Tout est permis dans le mariage, tout est légal, tout est béni. Je me contente de fixer l'attention sur ce préjugé, mais je veux signaler un groupe de faits spéciaux.

J'ai entendu exprimer la conviction que les rapports sexuels sont parfaitement légitimes pendant la grossesse et que la liberté est d'autant plus avantageuse, qu'il n'y a pas de risque d'augmenter la progéniture. Ils sont plus nombreux qu'on peut croire, ceux qui admettent cette erreur.

Les accoucheurs enseignent bien que la chasteté est une règle dans l'hygiène de la grossesse (1) ; et, ils signalent bien les risques des excès sexuels en dehors des inconvénients et des dangers relatifs à la mère, le retard du développement et la débilité du produit.

J'ai été amené dans plusieurs circonstances à attribuer à l'incontinence sexuelle pendant la grossesse un rôle important dans l'étiologie de troubles nerveux chez des enfants indemnes de toute hérédité morbide et de toute infection pendant la gestation ou dans la croissance. Dans un cas récent je ne puis pas rester indécis.

Obs. — *Parents indemnes de tares névropathiques* : — *fils ainé épileptique* ; — *grossesses interrompues.*

Un garçon de 8 ans est amené par son père et sa mère accompagnés par la grand'mère maternelle. C'est un enfant chétif : il a toujours été difficile à élever. Né à terme, nourri par sa mère, il était bien venant pendant plusieurs mois, mais il prenait toutes les affections contagieuses ; il eut des convulsions au cours de toutes les fièvres éruptives qu'il prit et les maladies de gorge et aussi à propos des éruptions dentaires. Après ses dernières dents il a cessé d'avoir des convulsions, mais il avait des

(1) H. Brenot. — *De l'influence de la copulation dans la grossesse*, th. 1903.

vertiges ou des phénomènes comitiaux psychiques variés et en particulier des hallucinations ; il avait eu des terreurs nocturnes et de l'incontinence d'urine jusqu'à 5 ans. Depuis, dès cette époque, les autres accidents nerveux ont aussi diminué de fréquence ; tellement que, près d'une année, il paraissait guéri. Son septième anniversaire fût fêté spécialement à cause de son développement rapide. Mais quelques semaines plus tard, il prit part à un accident de voiture où il eut plus de peur que de mal ; il ne garda aucune trace, mais il est tombé le vertex sur la terre labourée. A partir de ce moment les anciens accidents se sont reproduits avec plus de fréquence, d'intensité et de variété. Les traumatismes les plus légers, les troubles somatiques quelconques constituaient des provocations suffisantes. Les hallucinations se manifestaient sur tous les sens, sur la vue, sur l'ouïe, sur le goût, sur l'odorat, même sur le toucher ; le père qui se pique de psychologie, les énumère avec complaisance. L'absence de l'évacuation alvine matinale peut prévoir des hallucinations auditives qui se répéteront dans la journée, brusques et rapides, stéréotypées. Il entend son père lui dire : « Tu tombes » il s'arrête tout à coup, puis il repart quelle que soit l'occupation pendant laquelle il est surpris. L'hallucination disparaît avec un lavement. Une piqure d'aiguille à la pulpe du pouce gauche provoque une hallucination de l'ouïe, d'un pétillement de bois en flamme, exclusivement dans l'oreille gauche, pendant un bon quart d'heure. C'est le plus souvent la vision qui est affectée ; il voit brusquement une grande flamme ; il est terrifié. Des hallucinations de l'odorat ou du goût, il s'en plaint surtout quand il a faim, soit quand le repas vient en retard ou soit à la suite d'un exercice inusité : il se plaint en général de mauvaises odeurs ou de mauvais goûts qu'il spécifie mal ; mais quand il se plaint de mauvais goût il présente constamment de la salivation et il lui est arrivé plusieurs fois quand il se plaignait de mauvaises odeurs d'éternuer ou de se moucher plusieurs fois. Il lui est arrivé plusieurs fois qu'il a cru sentir qu'une bête l'a mordu brusquement aux jambes d'un côté ou de l'autre, il pleure bruyamment au moment et n'en parle plus.

Il a des vertiges avec perte de connaissance et pâleur. quelquefois avec une chute brusque, environ une fois chaque semaine.

Rarement il a des colères violentes sans prétexte et se roule par terre en frappant des objets aussi bien que des personnes qui se trouvent à sa portée sans les connaître. Il se relève brusquement tout à fait calmé et sans souvenir, il semble.

Quant aux accès convulsifs, ils ne se montrent guère que toutes les quatre, cinq ou six semaines, généralement au lever, après les ablutions : il pâlit et perd connaissance, se raidissant la tête en arrière, en jetant un cri. La tête se renverse à droite, la face déviée à gauche. Les membres se raidissent en extension ; puis se secouent pendant quelques secondes symétriquement. On l'a vu tomber nu, il urinait dans la chute ; mais la miction n'est pas constante.

Il dort ensuite environ une demi-heure sans ronflement ; il se réveille tout à fait normal. On ne trouve pas de morsure de la langue en général ; mais le fait s'est produit plusieurs fois.

Son intelligence s'est assez bien développée et son intruction est à peu près celle des enfants de son âge. Il est assez bien conformé mais on remarque quelques stigmates tératologiques ; fistules borgnes symétriques à la racine de l'hélix, bifidité de la luette, dents irrégulièrement implantées aux deux mâchoires, inversion bilatérale de l'épididyme, hypertrichose lombaire.

Les parents affirmaient que dans leurs familles, il n'existait aucune difformité, aucun accident nerveux ou mental et qu'eux-mêmes étaient tout à fait indemnes. même dans leur première enfance. La grossesse avait été normale, l'enfant était né à terme et paraissait naturel ; il avait été élevé au sein par une nourrice saine, que l'on voit toujours, ayant trois enfants normaux.

Le père et la mère avaient une bonne apparence et aussi la grand'mère. (Le père a 33 ans et la mère 30). A la suite de cet enfant, ils ont eu chaque année, trois enfants morts nés, le premier à 8 mois, le second et le troisième à 7 mois, et l'année suivante il y a une fausse-couche de 2 mois. On devait penser à la syphilis : cependant l'examen iso-

lé et soigneux de l'homme et de la femme est resté négatif. La grand'mère ayant compris la signification de l'enquête, déclara spontanément que son gendre et sa fille sont tout à fait sains ; elle affirme l'absence de toute trace d'infection et d'insobriété, ses enfants sont des bons catholiques, ils sont sages, et même ils craignent de nombreux enfants, il n'y a que pendant les grossesses qu'ils ne se gênent plus : c'est bien leur droit dans le mariage. On a pû apprendre ensuite des conjoints, que sitôt la grossesse était connue, il y avait des rapports sexuels quotidiens, tandis qu'en temps de vacuité, ils n'existaient que pendant les deux semaines intermédiaires, de la période menstruelle et beaucoup moins souvent.

Cet enfant présente assez de caractères cliniques pour qu'on puisse affirmer chez lui l'épilepsie : il présente assez de signes tératologiques pour le considérer comme un dégénéré.

Nous n'insisterons pas sur les troubles variés que nous signalons. Les troubles psychiques (épileptiques) peuvent se rencontrer aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (1).

Relevons seulement le rôle de la constipation dans la production des hallucinations. On a signalé chez des enfants indemnes d'épilepsie des hallucinations diurnes à propos de troubles intestinaux, liés à l'appendicite (Vergely, de Bordeaux). Berkley a signalé un homme de 74 ans qui, après une constipation, souffrait d'une douleur de tête intense ; bientôt suivait un sentiment d'anxiété, de l'obnubilation des facultés et une hallucination : à côté de sa propre tête, il en avait une seconde, avec une longue barbe grise ; la guérison en 24 heures après un lavage (2).

L'origine des troubles nerveux de cet enfant et de ses particularités somatiques paraît éclairée par les

(1) A. STETTINER. — *Contrib. à l'étude clinique des paroxysmes psychiques épileptiques chez l'enfant*, th. 1904.

(2) H. J. BERKLEY. — *A treatise on mental diseases*, 1901, p. 370. — Ch. FÉRÉ. *Contrib. à l'étude des accidents névropathiques de l'indigestion.* (*Revue de médecine*, 1902, p. 13.)

produits des grossesses suivantes ; en l'absence de toute infection ou de toute intoxication, on peut reconnaître la valeur de l'incontinence pendant la grossesse ; cette incontinence reconnue peut réaliser les conditions d'un surmenage dont on a démontré les inconvénients sur le développement. L'incontinence, comme les infections ou les intoxications, peut agir de différentes manières suivant l'époque de l'évolution (1). Pendant les premières semaines, elle peut provoquer des malformations variées ; plus tard elle provoque des maladies du fœtus, sa mort et l'expulsion prématurée, etc.

Ce n'est pas récemment que cette notion s'est introduite dans l'obstétrique, que tout rapport sexuel doit cesser pendant toute la durée de la grossesse (2). L'incontinence ne provoque pas seulement l'accouchement prématuré, qui peut être nuisible pour la mère ; mais il peut amener la maladie et la dégénérescence du produit. A ce dernier point de vue la copulation intempestive peut être plus active au début de la grossesse qu'il est intéressant de connaître le plus tôt possible.

Des femmes manifestent immédiatement, après la fécondation, une horreur invincible du mâle. On peut les juger comme atteintes de phobies morbides de la grossesse ; mais c'est une répulsion qui se montre chez nombre de femelles animales ; on peut la considérer comme un moyen de défense naturelle.

D'autres signes subjectifs précoces de la fécondation, qui passent comme bizarreries (3), peuvent être utilisées comme moyen de défense, il ne faut pas négliger les plus délicats.

(1) Ch. FÉRÉ. — *Essai expérimental sur les rapports étiologiques de l'infécondité, des monstruosités, de l'avortement et la morti-natalité, du retard de développement et de la débilité congénitale.* (*Teralogia, a quarterly journ. of antenatal pathology*, 1895, II p. 245.) — *La famille névropathique, etc.*, 2e éd., 1898, p. 239.

(2) A. PINARD. — Art. GESTATION. (*Dict. de Physiologie*, de Ch. RICHET, 1905, T. VII, p. 161).

(3) FÉRÉ (Ch.). — *L'hérédité de l'odeur.* (*Revue de médecine*, 1902, p. 338.)

CLINIQUE NERVEUSE

ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE. — BUREAU D'ADMISSION.

Hystérie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Appoint alcoolique. Hallucinations multiples rapportées uniquement à ce même côté par la malade ;

Par le Dr ROGER DUPOUY, interne à l'Asile Clinique.
(Observation recueillie dans le service de M. MAGNAN.)

La malade, Anna F..., cuisinière, âgée de 48 ans, entre à l'admission de l'Asile clinique, le 17 juin 1901, pour la huitième fois. Inculpée de vagabondage et de filouterie, elle a été l'objet d'un non-lieu après expertise. Elle est entrée pour la première fois à l'Asile clinique le 20 juillet 1889, à l'âge de 31 ans, sous le nom de Céline C..., inculpée déjà de filouterie. On note à ce moment chez elle de la débilité mentale, des alternatives d'excitation et de dépression, de l'hystéro-épilepsie avec hémianesthésie gauche.

Son attitude à cette époque est triste ; la malade se plaint de maux de tête, surtout au niveau des tempes, et de bourdonnements d'oreille. « C'est comme le tambour » dit-elle. Elle accuse des hallucinations auditives et visuelles de nature pénible. Elle entend de ses deux oreilles la voix de son mari et celle de ses enfants qui lui disent des injures ; elle voit des poissons et des serpents devant et autour d'elle. Elle avoue des habitudes alcooliques ; vin aux repas et dans leur intervalle, rhum trois fois par jour. Elle raconte enfin qu'elle est sujette, depuis six ans, à des attaques dont la fréquence et la durée sont allées en augmentant; elle en aurait actuellement trois par semaine. L'attaque surviendrait dans la journée, jamais dans la nuit : elle s'annoncerait par des picotements dans tous les membres, une sensation d'étouffement, de gonflement épigastrique et de serrement à la gorge et durerait toujours plusieurs heures ; elle serait caractérisée par des mouvements convulsifs violents, accompagnée souvent, mais non toujours, de perte de connaissance, quelquefois, mais très rarement, de morsure de la langue, jamais de miction involontaire. Elle se terminerait le plus souvent par des crises de larmes ou de rires, et entraînerait à sa suite une paralysie avec contracture du côté gauche durant quelques jours. Il existerait enfin, dans la journée et en dehors des crises, de courtes absences.

La malade prétend ne se rappeler nullement l'inculpation dont

elle a été l'objet, ni son passage à la Préfecture de police, ni son transfert à Sainte-Anne dans la voiture cellulaire ; elle dit ne garder aucun souvenir de ce qu'elle fait dans la journée qui précède l'attaque et dans celle qui la suit.

Deuxième entrée en avril 1891. — Elle a des idées confuses de persécution, des craintes d'empoisonnement.

Troisième entrée en avril 1893. — Elle présente manifestement un délire alcoolique ; elle voit des gens qui la poursuivent et la menacent ; elle a peur et se réfugie dans les angles du bureau du commissariat où elle a été conduite, parce qu'elle ne pouvait payer des consommations prises par elle dans un débit de boissons.

Quatrième entrée en mai 1894. — En plus de ses accidents d'origine alcoolique, on note à ce moment une attaque d'hémiplégie gauche survenue récemment, consécutive à une crise d'excitation, et de nature hystérique.

Cinquième entrée en octobre 1896. — Nous lisons sur l'observation qu'elle sent assez bien des deux côtés, et qu'il ne reste qu'un peu de faiblesse de la vue à gauche. Elle n'aurait pas eu d'attaques convulsives depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis qu'elle ne prend plus d'apéritifs, ni d'alcool en nature.

Sixième entrée en décembre 1901. — Elle a été arrêtée pour filouterie d'aliments ; il y a eu expertise médico-légale et non-lieu.

Septième entrée en juin 1903. — Elle a été arrêtée sur la plainte d'un marchand de vins à qui elle ne pouvait payer sa dépense de boissons. Elle a des hallucinations multiples et pénibles, accuse des craintes, des frayeurs, et a fait une tentative de suicide.

Nous l'examinons nous-même le 18 juin 1904. Nous constatons chez elle l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche ; et elle nous dit avoir eu, sous l'empire de l'alcoolisme, des hallucinations multiples et pénibles, exclusivement localisées à ce même côté.

Voyons comment, chez elle, l'alcoolisme et l'hystérie ont pu retentir l'un sur l'autre, s'enchevêtrer pour ainsi dire et donner lieu à des hallucinations unilatérales.

Après sa sortie de l'Asile, l'an dernier, elle serait restée sobre, ne buvant que du houblon, lorsqu'elle fut, il y a 6 semaines, conviée à une noce dans son pays d'origine. Là, malgré sa résistance, on l'aurait obligée à commettre quelques excès de boissons (vin, cidre) ; elle n'aurait plus eu la force de lutter, les jours suivants, et elle aurait continué à boire, même rentrée chez elle à Paris. Elle nous dit textuellement : « Je n'aime plus le vin ; j'ai été poussée à boire, malgré moi. A mon retour chez moi, j'ai jeté mon houblon, et j'ai acheté du vin blanc ; je ne me rendais pas compte de ce que je buvais. »

Sous l'influence de l'alcool, un délire s'est installé et des hallucinations sont apparues. Elle a d'abord cru que tout le monde la regardait de travers, et se moquait d'elle ; puis elle a entendu à son *oreille gauche* et à celle-là seulement, des sottises, des insultes, on aurait dit qu'un appareil téléphonique était accroché à son oreille gauche. C'est toujours la même voix, celle d'un ancien amant ; il lui reproche d'avoir appartenu à un autre que lui, l'invective, la traite de « putain » et de « salope », lui fait des propositions amoureuses ou la menace de la tromper avec une autre femme, ce qui porte à son comble la colère et l'exaspération de notre malade.

D'autres fois, cette voix lui ordonne de sortir et de marcher. « Et alors, dit F..., je marchais toujours et toujours pour rien ; quand j'étais trop fatiguée, si je m'asseyais, on aurait dit que mon siège était électrisé. » (L'hallucination tactile est, cette fois, bilatérale).

Une fois, rue Turbigo, elle entend sa voix lui ordonner de se déshabiller, et de se coucher toute nue au pied de la statue de la République. Elle le fait aussitôt ; elle se rappelle qu'il a fallu la recouvrir pour la ramener chez elle, mais elle n'a jamais pu se rappeler ce qu'elle avait fait de ses vêtements ; elle les aurait distribués, croit-elle, aux passants, avec ses clefs et son argent.

Les hallucinations visuelles existent surtout la nuit ; elle a des cauchemars affreux, elle voit des figures grimaçantes, des animaux effrayants. Ces hallucinations sont toutes rapportées *au côté gauche* ; les animaux qu'elle voyait grimpaient toujours du côté gauche de son lit, jamais du côté droit. Or, nous verrons plus loin que son œil gauche est amaurotique. En proie à ses cauchemars, elle se réveille en sursaut, entend à nouveau sa voix à son oreille gauche, se relève et part, allant à l'aventure.

L'odorat et le goût sont également le siège d'hallucinations. Elle sent une odeur désagréable, comme du phénol : l'odeur venait *du côté gauche.*

Les aliments aussi avaient mauvais goût ; la malade ne pouvait plus manger, tellement tout ce qu'elle mangeait sentait l'eau de Javelle, le chloroforme ou le phénol.

La sensibilité gauche enfin est pareillement atteinte. F..., ressent d'abord des fourmillements, dans le côté gauche toujours, puis elle se sent électrisée *du côté gauche uniquement* et souffre, au point de crier. La tête lui fait atrocement mal, du *côté gauche* ; on eût dit qu'on la lui déchiquetait avec des tenailles.

D'autre part, elle a des sensations génitales voluptueuses ; elle sent « comme si son ami était près d'elle et la touchait aux parties » ; ces hallucinations de la sensibilité générale sont généralement combinées avec des hallucinations auditives du même ordre ; elle entend en même temps la voix de son ami lui faire des propositions.

Pendant qu'évoluaient ainsi les troubles mentaux, des accidents de nature manifestement hystérique apparaissaient à leur tour ; la main gauche se parésiait ; de même la jambe gauche, qui fléchissait sous la malade, comme si, dit-elle, elle eût été en ouate. Nous rappellerons que F..., a eu une attaque d'hémiplégie gauche hystérique en 1894.

Actuellement, ces différents troubles sont en décroissance, la malade ne buvant plus que de l'eau, du houblon et un peu de café depuis trois semaines. Mais si les accidents toxiques se sont amendés, le fond hystérique sur lequel ils ont évolué demeure avec ses stigmates.

L'examen des yeux, pratiqué à notre demande par notre ami, . Cantonnet, interne des hôpitaux, fournit les renseignements suivants. L'œil droit semble normal à l'ophtalmoscope. L'œil auche présente une taie ancienne et centrale de la cornée ; les réflexes iriens sont normaux ; il existe quelques opacités en aiguille du cristallin ; le fond d'œil est normal ; ni glaucome ni névrite.

La malade accuse une amaurose totale de cet œil depuis 6 ans. Cette amaurose a d'ailleurs disparu quelques jours après cet examen à la suite d'un traitement par l'aimant.

La mensuration du *champ visuel* à droite donne pour le blanc :

En haut	50
En haut et en dedans	48
En dedans	51
En bas et en dedans	48
En bas	60
En bas et en dehors	70
En dehors	58
En haut et en dehors	68

Pour le rouge : 49, 43, 39, 47, 52, 65, 61, 56.

La même mensuration ne peut être pratiquée du côté gauche, la vision étant de ce côté complètement supprimée.

Nous avons examiné nous-même les diverses sensibilités de F...

Elle perçoit le bruit d'une montre à une distance maxima de 76 cm. 5 à droite, de 14 cm. à gauche.

Nous présentons à sa narine gauche, en bouchant la droite, un flacon renfermant de l'acide phénique. « Ça ne sent rien » répond la malade. A peine le présentons-nous à la narine droite que F... s'exclame : « Oh ! ça sent mauvais ».

Même expérience avec un flacon d'éther. A gauche, « je ne sens rien » ; à droite, « oh ! ça pue l'éther ».

Couvrant les yeux de la malade, nous lui faisons ouvrir la bouche et déposons un cristal de sel sur le côté gauche de la langue ; aucun mouvement. Répétant l'expérience du côté droit, nous obtenons immédiatement une grimace ; en même temps la

malade porte la main à sa bouche et enlève le cristal déposé à sa droite, laissant en place celui du côté gauche. Même résultat en opérant avec un fragment de sucre.

La sensibilité à la piqûre et au pincement est abolie, la sensibilité au tact très diminuée sur toute la moitié gauche du corps, sauf aux extrémités ; la main et le pied ont conservé entière leur sensibilité, ce qui explique la persistance du sens stéréognostique. En revanche, la malade a perdu du côté gauche la notion de position de ses membres (elle ne peut dire, les yeux fermés, l'attitude dans laquelle nous avons placé son bras ou sa jambe gauches, ni la reproduire du côté droit) ; et de même la notion de poids. C'est ainsi que lui mettant successivement dans la main gauche 3 objets de poids très différent, nous obtenons la réponse suivante :

« C'est la même chose » bien que sa main ait fléchi en recevant le dernier.

En opérant du côté droit, F... nous dit : « C'est léger -- cela pèse 300 grammes — cela pèse 700 à 800 grammes ». En réalité les objets pèsent respectivement : 55, 190 et 890 grammes.

La sensibilité au chaud et au froid paraît respectée.

Les régions ovariennes et mammaires sont douloureuses au palper, surtout du côté gauche.

Les réflexes rotuliens et tricipitaux sont à peu près égaux des deux côtés, un peu exagérés ; les conjonctivaux sont normaux à droite, abolis à gauche ; le réflexe pharyngien n'existe pas.

La force musculaire est très diminuée du côté gauche ; la malade serre très faiblement. Il n'y a pas de tremblement manifeste des mains.

En résumé, il s'agit, chez F..., d'une débile, comme le prouvent la pauvreté de son intelligence, la faiblesse de son instruction et même le caractère de certaines de ses hallucinations. C'est en effet surtout chez les dégénérés alcoolisés que persistent parfois les hallucinations auditives après la disparition des hallucinations visuelles.

D'autre part, c'est une hystérique ayant eu autrefois des crises convulsives, une hémiplégie fugace, et présentant actuellement une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Cette hystérie intervient dans son délire alcoolique, en déterminant la localisation des hallucinations au seul côté frappé d'hémianesthésie, c'est-à-dire placé par la névrose en état de moindre résistance par rapport au côté sain, peut-être en provoquant des hallucinations d'ordre génital, et en enlevant tout souvenir des actes commis. (F... prétend ne pas se rappeler dans quelles circonstances elle a commis le délit de grivèlerie pour

lequel elle a été arrêtée) ; enfin en créant un véritable état second, avec changement de personnalité.

Nous avons vu que F... entrait autrefois à l'asile, sous le nom de C.. ; c'est qu'en effet, elle se figurait qu'elle était morte, qu'elle était devenue sa propre cousine, et se donnait comme cette dernière.

Enfin c'est une alcoolisée ; ses hallucinations sont sous la dépendance directe de l'alcool ; et c'est là une donnée importante à retenir ; car l'intoxication semble être intervenue chaque fois comme le facteur occasionnel de ses troubles mentaux et de ses accidents hystériques.

Ce qui fait surtout l'intérêt, à notre avis, de cette observation, c'est que tous les troubles éprouvés par la malade, à la faveur de son alcoolisme, ont été rapportés par elle uniquement au côté de son corps atteint d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, donnant ainsi lieu à des hallucinations unilatérales. L'hémisphère cérébral droit, qui commande le côté gauche du corps, lésé fonctionnellement par l'hystérie et constituant de ce fait un *locus minoris resistentiæ*, a seul réagi aux coups de l'intoxication alcoolique — fait en rapport, d'ailleurs, avec les données de la pathologie générale — ; et la malade a déliré par son cerveau droit, tout comme elle avait souffert par lui dans ses sensibilités générale et spéciale.

Cette observation était écrite et sur le point d'être publiée quand nous revîmes une seconde fois cette femme à l'occasion d'une nouvelle entrée au bureau d'admission de l'Asile clinique, le 16 janvier 1905. F... s'était remise à travailler de son métier de cuisinière à sa sortie de l'asile. Sous l'influence de la fatigue, dit-elle, des bourdonnements d'oreille, puis des hallucinations réapparurent, localisés comme auparavant à l'oreille gauche. En réalité, elle s'était reprise à boire, et, sous l'empire de l'alcool, les hallucinations devinrent bientôt extrêmement pénibles ; elle entendait, toujours à son oreille gauche, des injures et des menaces. Elle commit des fugues, fit de nouveaux excès impulsifs d'alcool dans les mêmes circonstances qu'antérieurement, entrant à l'improviste dans un cabaret et payant à boire à tous ceux qui acceptaient. Elle fut ainsi arrêtée sur la plainte d'un marchand de vins chez qui elle faisait scandale et auquel elle ne pouvait régler le prix de ses consommations. Son état actuel est le même qu'il y a sept mois, cette malade présente de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche avec hallucinations unilatérales multiples et pénibles du même côté.

ASSISTANCE ET PÉDAGOGIE

Statistique et enseignement des enfants idiots et épileptiques internés dans les asiles d'aliénés;

PAR BOURNEVILLE.

En de nombreuses circonstances, nous appuyant sur les faits et sur une longue expérience, nous avons insisté au point de vue social sur la nécessité de l'hospitalisation, du traitement et de l'éducation des enfants arriérés et épileptiques. Nous avons réclamé aussi, pour eux, l'application de la loi scolaire du 28 mars 1882 qui impose l'obligation de l'instruction primaire aux enfants âgés de 6 à 13 ans. Nos incessantes publications ont fini par appeler l'attention des pouvoirs publics. M. Chaumié, ministre de l'instruction publique, au mois d'octobre dernier a nommé une commission chargée d'étudier la situation des *enfants anormaux*, au point de vue surtout de l'application en leur faveur de la loi sur l'obligation de l'instruction primaire.

Sous le titre d'*enfants anormaux*, on comprend les *aveugles*, les *sourds et muets*, les *idiots* à tous les degrés, de l'*idiot complet* au simple *arriéré*. Si l'on est à peu près renseigné sur le nombre des sourds et muets et des aveugles, il n'en est pas de même pour les enfants idiots, les plus nombreux des anormaux. Ayant eu l'occasion de faire appel à nos collègues des asiles au sujet d'un rapport au Conseil supérieur de l'assistance publique, nous en avons profité pour leur demander quel était le chiffre des enfants idiots et épileptiques présents au 31 décembre 1903 dans leurs services. Les tableaux ci-après résument les renseignements que nous devons à leur obligeance confraternelle.

NOMS DES ASILES	IDIOTS		ÉPILEPTIQUES	IDIOTS ÉPILEPTIQUES	TOTAL	ENSEIGNEMENT
	G.	F.	DEUX SEXES			
Ain (Ste-Madeleine et St-Georges)						Ces asiles ne reçoivent pas d'enfants.
Aude						Pas d'asile.
Aisne (Prémontré)	4	2		6	12	On les hospitalise à l'hospice départemental de Montreuil-sous-Laon. (Voir p. 288.)
Allier (Ste Catherine)	11	8	14	33	66	Néant.
Alpes maritimes (St-Pons)	1	4	1	6	12	Médications variées suivant les cas. Soins de propreté. Instruction élémentaire (lecture, écriture) donnée par des gardiens patients et familiarisés avec les divers procédés employés.
Ardèche (Privas)			1	1	2	Néant.
Ariége (St Lizier)	5	3	1		9	Néant. (Voir p. 290, n° 1.)

Aveyron (Rodez)	6	2		1	9	Néant.
Bouch. du Rhô. (Aix et St-Pierre)	5	3	2	4	14	Néant.
	20	7	17	17	61	Néant. Il y a matière à un asile-école.
Calvados (Caen)	9	5	5	4	23	Un aliéné, instituteur, fait la classe aux enfants susceptibles de la suivre.
Cantal (Aurillac)	6	2	8	5	21	Néant.
Charente (Breuty)	5	3		1	9	Aucune méthode spéciale. Une religieuse est chargée de l'instruction des enfants, mais cette tâche est souvent stérile.
Charente-Infé. (Lafond)	1				1	Les enfants sont envoyés à la Roche-sur-Yon. Un quartier pour jeunes idiots est en voie d'aménagements.
Cher (Beauregard)	2	1			3	Néant.
Corrèze (La Cellette)					4	4 garçons idiots ou épileptiques. Un gardien les forme individuellement à se suffire à eux-mêmes.
Côte-d'Or (Dijon)	16	5	8	21	50	Que faire pour des idiots presque profonds? (Voir p. 279 à 290)

Noms des asiles	Idiots		Épileptiques	Idiots épileptiques	Total	Enseignement
	G.	F.	deux sexes			
Côtes-du-Nord 1° St-Brieuc		6	1		7	Une école pour les filles peut recevoir les malades dociles.
2° Bégard		4		4	8	Une seule, âgée de 9 ans à son admission, a pu être améliorée.
3° Lehon	6		2		8	Néant.
Eure (Evreux)	3	5	2	1 g. 2 f.	13	On essaie de leur faire apprendre un métier de les occuper au jardinage.
Eure-et-Loir (Bonneval)	6	6	3	4	19	On essaie de leur apprendre à lire.
Finistère 1° Quimper	7		4	2	13	Aucune méthode. Un projet de construction d'un pavillon d'enfants (38.000 fr.). Tout est à créer pour leur éducation. Ce sera l'amorce d'une installation plus complète qui comprendrait l'éducation des pupilles de l'Assistance publique, difficiles ou vicieux, mis à la charge des départements par la loi du 28 juin 1904.

2° Morlaix	5	10	1	6	22	Travail autant que possible à l'air libre. Promenades.
Garonne (H^te^) (Braqueville)		2	1		3	On apprend aux enfants à se tenir propres. Aucune méthode spéciale.
Gers (Auch)		1	2	2	5	Néant.
Gironde 1° Chaleau-Picon		30		10	40	Une petite classe où une religieuse institutrice applique le traitement médico-pédagogique. Conférence faite en décembre par le Dr Jacquin aux instituteurs et institutrices pour montrer la nécessité de l'Assistance et du traitement des enfants arriérés et sur les classes spéciales. MM. les Drs Régis et Jacquin se proposent d'ouvrir une consultation pour ces enfants.
2° Cadillac	16		1		17	Néant.
Hérault (Montpellier)				1	1	Néant.
Ille et Vilaine (Rennes)	3	5			8	Pas de méthode d'éducation
Indre et Loire (Tours)	11	3			14	Néant.

NOMS DES ASILES	IDIOTS		ÉPILEPTIQUES	IDIOTS ÉPILEPTIQUES	TOTAL	ENSEIGNEMENT
	G.	F.	DEUX SEXES			
Isère (St-Robert)	3	2			5	Néant.
Jura (Ste-Ylie)	11		3		14	Néant.
Loir-et-Cher (Blois)	10	11		3	24	Nos essais ont été infructueux.
Loire Inférre (Nantes)	2	6	3	3	14	Projet de section spéciale
Loire (Hte) (Montredon)	3	4		2	9	Néant.
Loiret (Orléans)	6	6		3	15	Néant.
Lot (Leyme)	2		1	2	5	Néant.
Lot-et-Garonne (Montauban)	1	1			2	Néant

Lozère (St-Alban)	2	4			3	Néant.
Maine-et-Loire (Ste-Gemmes)	10	5	2	4	18	(Voir p. 285).
Manche (St-Lô)						Enfants envoyés à Pontorson.
(Pontorson)	11	3	1	3	18	Néant.
(Pont-L'abbé-Picauville)	1		1		2	Néant.
Marne (Châlons)	15	3		9	27	On se borne à essayer d'apprendre à lire aux imbéciles; quelques résultats ont été obtenus.
Marne (Hte) (St-Dizier)	10	9		7	26	Essais de lecture et écriture, travaux de culture.
Mayenne (La Roche-Gandon)	3	3	2	1	9	Pas de méthode spéciale.
Meurt.-et-Mos. (Maréville)	24	14	5	7	50	Depuis 26 ans il n'y a plus d'instituteur.
Meuse (Fains)	2	2		2	6	Néant.
Morbihan (Lesvellec)	9	8	3	4	24	A peu près aucun enseignement, les infirmiers étant aussi illettrés que leurs malades.

Noms des asiles	Idiots G.	Idiots F.	Epileptiques deux sexes	Idiots Epileptiques	Total	Enseignement
Nièvre (La Charité)	5	4	5	5	19	Deux quartiers spéciaux ont été créés il y a 5 ans, mais reçoivent surtout des aliénés calmes. — Aucune méthode.
Nord (Armentières) (Bailleul)	50	43	16 g. et 14 f.	34 g. et 29 f.	186	Les enfants du Nord sont hospitalisés à Armentières. — Enseignement de la gymnastique.
(Lommelet)	.			2	2	
Oise (Clermont)	35	32			67	Méthode médico-pédagogique de Bicêtre. — 30 malades au-dessus de 18 ans (14 g. et 16 f.) (Voir p. 281).
Orne (Alençon)	1	3	1	1	6	Néant.
Pas de Calais (Saint-Venant)		3			3	Néant.
Puy de Dôme (Clermont-Ferrand)			2	5	7	Des gardiens patients leur inculquent des soins de propreté et leur apprennent à lire et écrire. Hydrothérapie.
Pyrénées (Bas.)		1	2		3	Éducation familiale.

Rhône (Bron)	5	6			11	Aucun. — On construit actuellement un pavillon pour enfants arriérés. J'ignore si on y fera de l'éducation médico-pédagogique.
Sarthe (Le Mans)						Pas de quartier d'enfants ou épileptiques ; ils ne sont pas placés à l'asile.
Savoie (Bassens)						Pas de quartier d'enfants et bien rarement des enfants internés. Quand il y en a, et suivant les cas, on a demandé le placement à l'hospice de Chambéry.
Seine Inf. (Saint-Yon)		26	8	18	52	Les institutrices s'attachent à faire l'éducation des sens. (Voir p. 280).
Quatremares	24		5	10	39	Instruction primaire, musique vocale.
Sèvres (Deux) (Niort)	12	7		6	25	Classe et travail manuel. Ce service ne dépend pas de ma direction ni du médecin directeur.
Somme (Dury)						Il n'existe pas de quartier d'enfants. — Quartier spécial demandé.
Tarn (Albi)	6	2	2	1	11	Balnéation et travail agricole.
Tarn-et-Garon. (Montauban)						Néant.
Var (Pierrefeu)	6	2	3	2	13	Hydrothérapie. Lecture, écriture, et lorsque leur état physique le permet, ils sont mis en apprentissage dans les ateliers de l'asile.

Noms des asiles	Idiots H.	Idiots F.	Épileptiques deux sexes	Idiots épileptiques	Total	Enseignement
Vaucluse (Mont-de-Vergues).	4	2	4	4	43	Il n'existe pas de pavillon séparé pour ces enfants qui vivent au milieu des aliénés. N'ayant pas de personnel spécial pour les soigner et les éduquer, on s'efforce principalement de les rendre moins turbulents, plus dociles, de leur donner des habitudes de propreté, de politesse. J'avais demandé la construction d'un pavillon spécial pour enfants, mais jusqu'à présent ma proposition est restée sans résultats. Il avait été question également de les envoyer à l'établissement de Meyzieux (Isère) mais le prix de journée étant sensiblement supérieur à celui payé à l'asile, on a abandonné ce projet.
Vendée (La Roche-sur-Yon)	7	9	14		30	L'éducation n'est pas organisée officiellement. J'obtiens quelques résultats par les méthodes ordinaires chez certains enfants, grâce à la bonne volonté de mon personnel (lecture, écriture, calcul, dessin, gymnastique).
Vienne (Hte) (Poitiers)						Les enfants sont conservés à l'hospice des Incurables.

Vienne (IIe)	9	1	11	6	27	Néant. Il y a matière à un asile-école.
Yonne (Auxerre).	7	2	5	1	15	Enseignement scolaire et agricole. Un projet d'école a été discuté à la dernière séance du Conseil général.
Aude (Limoux).	3	2		3 g. 3 f. 6	11	Lecture, écriture, chant.

Le *total général* des enfants idiots et épileptiques, âgés de 2 à 18 ans internés dans les asiles, était, d'après ces tableaux, de 1206, à la date du 31 décembre 1903.

Dans quelques-uns des asiles publics, il serait possible avec chance de succès d'organiser, dès maintenant, le *traitement médico-pédagogique* : Armentières (186 enfants), Blois (24), Rennes (21), Bonneval (19), Montdevergues, Quimper (chacun 13). Mentionnons les essais projetés à Auxerre, à Bron, à Dury-lès-Amiens, à Nantes, à Lafond, dans la Charente-Inférieure, etc., et souhaitons vivement leur succès.

L'*enseignement* est à peu près nul à l'exception des asiles de St-Yon près Rouen, de la Roche-sur-Yon (Vendée), de Clermont (Oise), de Sainte-Gemmes près Angers où l'on applique, dans la mesure du possible, ce que nous désignons d'habitude du nom de *traitement médico-pédagogique*. Voici sur chacun de ces *Asiles-écoles* les renseignements que les directeurs ou les médecins-directeurs ont bien voulu nous adresser :

Asile-École de Saint-Yon.

L'école ouverte en 1891 pour les enfants placés à l'Asile, disent MM. les Drs Giraud, Pochon, Brunet, continue de fonctionner régulièrement. Deux institutrices sont attachées à l'école. L'institutrice chargée de la direction de l'école nous a remis le rapport suivant :

« Année 1903. — Pendant l'année 1903, l'école a été suivie par 36 élèves dont : 20 en 1re classe, 16 en 2e. — Aujourd'hui, 31 décembre 1903, 24 élèves seulement sont inscrites : 13 en 1re classe, 11 en 2e. Cet abaissement de l'effectif est dû à 12 élèves ayant quitté l'asile, dans le courant de l'année, pour les causes suivantes.

Mortes	2
Rentrées dans la Société	2
Ayant 21 ans	2
Ne pouvant temporairement être gardées en classe..	3
Ayant subi avec succès l'examen du certificat d'études.	3

« L'enseignement a donné, pour plusieurs, de bons résultats, comme en font foi les trois élèves reçues à l'examen. Il est à remarquer que l'une d'elles a appris à lire à l'Asile et y a donc acquis toute son instruction, les deux autres étaient élèves depuis cinq ans. A la fin de l'année scolaire, 17 élèves savaient lire, écrire et compter. Actuellement, sur les 24 inscrites, 10 lisent, écrivent, comptent et progressent; les 14 autres sont malheureusement peu susceptibles de s'instruire, étant donné leur peu d'intelligence ou des infirmités s'ajoutant à leur état mental. Ces enfants prennent une part plus active aux exercices physiques, aux travaux manuels, aux soins domestiques; elles s'éduquent peu à peu, 9 d'entre elles ont une moyenne d'âge de dix ans.

« *Remarque*. — Depuis sa fondation, l'école a fait recevoir 9 élèves au certificat d'études ; d'autre part, 20 l'ont quittée pour rentrer définitivement dans la société ; plusieurs sont mariées et mères de famille. »

L'école de Saint-Yon est classée comme école publique, mais comme elle est fréquentée uniquement par des enfants placés à l'asile comme malades, les enfants ne cessent pas d'être sous la surveillance du corps médical qui a tou-

jours libre entrée dans les locaux scolaires. Les enfants sont visités chaque jour comme les autres malades et sont vus soit aux classes, soit à la gymnastique, suivant que l'heure de la classe ou de la gymnastique coïncide avec l'heure de la visite médicale.

Asile-École de Clermont (Oise).

M. Lesvier, directeur de l'Asile, s'exprime ainsi :

Depuis la création du pavillon spécial jusqu'en 1903, les enfants du quartier de Fitz-James (imbéciles, idiots arriérés) ne recevaient d'autres soins que les soins médicaux. Actuellement, un véritable *enseignement médico-pédagogique* leur est donné et cette innovation est assurément une des plus heureuses que nous ayons à enregistrer. Il faut avoir vu autrefois ce quartier où de malheureux enfants, dépourvus de toute occupation, de tout amusement, traînaient invariablement une existence incolore et misérable pour apprécier maintenant le bien-être dont ils jouissent. Ainsi que nous le faisions pressentir dans un rapport précédent, les gardiens ont été remplacés par des infirmières et ce changement a donné les meilleurs résultats. La cour de récréation s'est garnie peu à peu de pelouses verdoyantes, de massifs, de fleurs. Dans les dortoirs, on constate une propreté irréprochable ; une salle de bains a été aménagée et la salle d'étude, naguère si délaissée, est aujourd'hui une véritable classe d'école primaire où l'enseignement approprié à des intelligences rudimentaires est attribué à chaque enfant, selon ses aptitudes par des *infirmières-institutrices* qui, elles-mêmes, ont reçu à cet effet une éducation particulière dans le service de M. le Dr Bourneville à Bicêtre.

Notre personnel se compose d'une surveillante en chef, d'une infirmière-institutrice et de deux infirmières ordinaires. Les classes ont lieu le matin et le soir à des heures variables selon la saison. On y enseigne la lecture, l'écriture, le calcul, etc., et cela avec plus de succès qu'on ne croirait tout d'abord ; nous pourrions citer tel de nos élèves sachant à peine ses lettres il y a quelques mois et lisant aujourd'hui à peu près couramment.

Mais l'instruction de ces enfants arriérés serait de peu d'utilité si l'on se bornait à leur enseigner la lecture et l'écriture; il ne faut pas perdre de vue que ceux dont l'amélioration mentale permettra un jour la sortie de l'asile auront surtout besoin de notions pratiques lorsqu'ils devront pourvoir à leurs besoins. Aussi les *leçons de choses* sont-elles partie importante du programme; le jardinage, la culture, y sont fort en honneur et si l'enfant acquiert pendant son séjour à l'asile un développement physique et mental suffisant, rien ne s'oppose à ce qu'on lui enseigne un métier dans les nombreux ateliers de l'établissement.

Entre temps, nos jeunes élèves se livrent, sous la direction de l'institutrice, à des exercices de gymnastique élémentaire; ils apprennent le chant, voire même la danse. A titre de récompense, on les conduit en promenade, soit dans les dépendances de l'asile, soit au dehors, et l'on profite de chaque sortie pour solliciter leur attention, tenir leur curiosité en éveil et les renseigner sur le nom, la destination des objets qui frappent leurs regards.

En témoignant notre extrême satisfaction devant une transformation aussi complète, nous sommes heureux de rendre hommage au dévouement de la surveillante en chef du quartier des enfants, et c'est pour nous un devoir de la remercier du concours intelligent qu'elle nous a prêté.

L'organisation, dans le quartier des enfants de Fitz-James, de la méthode médico-pédagogique, nous donne toute satisfaction. Les leçons prises par nos infirmières et par nos surveillantes, dans le beau service de M. le Dr Bourneville, commencent à porter leurs fruits. L'ordre, l'éducation et la santé de nos fillettes en profitent largement. Nous espérons même prochainement présenter deux d'entre elles à titre d'encouragement, à l'examen du certificat d'études.

Enseignement médico-pédagogique.

L'enseignement médico-pédagogique, selon la méthode de M. le Dr Bourneville, organisateur de cet enseignement dans la Seine, est donné, depuis bientôt un an, à nos enfants filles et garçons, et les résultats en sont très satis-

faisants. Il y avait relativement peu à faire chez les filles, Madame Champy qui les dirige, les ayant toujours très bien tenues, s'en étant toujours occupée avec beaucoup de zèle et de dévouement.

Elle faisait l'école pour celles dont l'intelligence était susceptible de développement, leur apprenait l'écriture, la lecture, le calcul. Elle leur apprenait aussi la couture et à faire de petits travaux de dames. Elles viennent à Clermont prendre des leçons de repassage. Chez les garçons, que les infirmiers se contentaient de garder, *tout était à faire.*

Les résultats sont des plus encourageants. Pour les enfants susceptibles de culture intellectuelle, l'enseignement comprend, en ce moment, lecture, écriture, calcul, leçons de choses, petite gymnastique des membres, danse. Chez les plus déshérités, on s'efforce d'obtenir toute l'amélioration possible, de régulariser certaines fonctions, de manière à faire disparaître ou au moins diminuer le gâtisme.

Le quartier a perdu son aspect nu et peu entretenu, il y a des gazons, corbeilles et plates-bandes plantées de fleurs, que les enfants respectent. Ils cultivent eux-mêmes avec beaucoup de soins un petit jardin potager.

En employant le *personnel féminin* pour les petits garçons, on a suivi la pratique et les conseils de M. le Dr Bourneville, les résultats en sont des plus heureux. Il est juste, d'ailleurs, de décerner à Madame Gérard, qui est à la tête de ce service, les plus vifs éloges. Elle s'acquitte de sa mission avec beaucoup d'activité, de zèle et de dévouement. Depuis son stage à Bicêtre, elle y est retournée plusieurs fois, à ses frais, demander des conseils à M. le Dr Bourneville.

Pour compléter l'œuvre, il serait fort utile de faire certains travaux et constructions pour lesquels M. l'Architecte départemental a dressé des plans et devis, notamment de construire dans les quartiers des garçons et des fillettes des préaux couverts qui pourraient servir de promenoirs et de salle de gymnase.

M. le Dr Boiteux, médecin en chef de la division des femmes, écrit dans son Rapport :

« L'organisation dans le quartier des enfants de Fitz-James, de la méthode médico-pédagogique, nous donne toute satisfaction. Les leçons prises par nos infirmières et par nos surveillantes, dans le beau service de M. le Dr Bourneville commencent à porter leurs fruits. L'ordre, l'éducation et la santé de nos fillettes en profitent largement. Nous espérons même prochainement présenter d'eux d'entre elles, à titre d'encouragement, à l'examen du certificat d'études. »

M. le Dr THIVET, médecin en chef de la division des hommes, expose ainsi les résultats obtenus :

« Depuis la création du pavillon spécial jusqu'en 1903, les enfants du quartier de Fitz-James (imbéciles, idiots, arriérés) ne recevaient d'autres soins que les soins médicaux. Actuellement un véritable enseignement médico-pédagogique leur est donné et cette innovation est assurément une des plus heureuses que nous ayons à enregistrer. Il faut avoir vu autrefois ce quartier où de malheureux enfants, dépourvus de toute occupation, de tout amusement, trainaient invariablement une existence incolore et misérable pour apprécier maintenant le bien-être dont ils jouissent. Ainsi que nous le faisions pressentir dans un rapport précédent, les gardiens ont été remplacés par des infirmières et ce changement a donné les meilleurs résultats ; la cour de récréation s'est garnie peu à peu de pelouses verdoyantes, de massifs de fleurs ; dans les dortoirs on constate une propreté irréprochable ; une salle de bains a été aménagée et la salle d'étude, naguère si délaissée, est aujourd'hui une véritable classe d'école primaire où l'enseignement approprié à des intelligences rudimentaires, est distribué à chaque enfant selon ses aptitudes, par des infirmières institutrices qui, elles-mêmes ont reçu à cet effet une éducation particulière dans le service de M. le Dr Bourneville à Bicêtre.

Notre personnel se compose d'une surveillante en chef, d'une infirmière institutrice, et de deux infirmières ordinaires. Les classes ont lieu le matin et le soir, à des heures variables selon la saison. On y enseigne la lecture, l'écriture, le calcul, etc., et cela avec plus de succès qu'on ne

croirait tout d'abord ; nous pourrions citer tel de nos élèves sachant à peine ses lettres il y a quelque mois et lisant aujourd'hui à peu près couramment. Mais l'instruction de ces enfants arriérés serait de peu d'utilité si l'on se bornait à leur enseigner la lecture et l'écriture ; il ne faut pas perdre de vue que ceux dont l'amélioration mentale permettra un jour la sortie de l'Asile, auront surtout besoin de notions pratiques lorsqu'ils devront pourvoir à leurs besoins. Aussi les leçons de choses sont-elles partie importante du programme; le jardinage, la culture, y sont fort en honneur et si l'enfant acquiert, pendant son séjour à l'asile un développement physique et mental suffisant, rien ne s'oppose à ce qu'on lui enseigne un métier dans les nombreux ateliers de l'établissement. Entre-temps, nos jeunes élèves se livrent, sous la direction de l'institutrice, à des exercices de gymnastique élémentaire; ils apprennent le chant, voire même la danse. A titre de récompense, on les conduit en promenade, soit dans les dépendances de l'asile, soit au dehors et l'on profite de chaque sortie pour solliciter leur attention, tenir leur curiosité en éveil et les renseigner sur le nom, la destination des objets qui frappent leurs regards.

En témoignant notre extrême satisfaction devant une transformation aussi complète, nous sommes heureux de rendre hommage au dévouement de la surveillante en chef du quartier des enfants, et c'est pour nous un devoir de la remercier du concours intelligent qu'elle nous a prêté. »

Asile-École de Sainte-Gemmes (Maine et Loire).

Voici les renseignements que nous a envoyés M. le D[r] Petrucci, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes.

« Au moyen de ressources budgétaires cependant minimes, nous avons pu installer, dans des conditions assez confortables, un quartier provisoire. Le bâtiment est divisé en deux parties égales, d'un côté sont placées les filles, de l'autre les garçons. La surveillance a été confiée à un

ménage d'infirmiers dont l'expérience est éprouvée et qui comptait de nombreuses années de service à l'Asile. Leur logement occupe le centre du bâtiment. A côté se trouve une tisanerie et les réfectoires servant de salle d'études et de récréations. Les enfants reçoivent des soins méthodiques de gymnastique médicale pour développer leur état physique et des leçons susceptibles de développer dans la limite du possible leurs facultés intellectuelles. Ce soin incombe à une *surveillante laïque*, laquelle, est en même temps chargée de la surveillance des salles de lecture et de jeux des pensionnaires.

Les dortoirs situés de chaque côté des salles de réunion contiennent chacun 12 lits. Ce chiffre serait, à la rigueur, élevé à 16, ce qui porte à 32 le nombre des enfants pouvant être hospitalisés dans ces endroits.

La cour des récréations est divisée également en deux parties; au centre deux murs d'un mètre de hauteur, sur lesquels on a placé un grillage, forment couloir communiquant avec le chemin de ronde par une porte.

Le couloir, à son arrivée au bâtiment, s'élargit pour former une sorte de rond-point, dans lequel les infirmiers peuvent exercer leur surveillance. Ces cours sont absolument indépendantes l'une de l'autre. Elles ne sont accessibles que par les dortoirs pour éviter le mélange des deux sexes.

Les cabinets sont installés au milieu de chaque cour, le long du mur de clôture et dans un endroit où les petits malades peuvent être constamment surveillés de n'importe quel point du pavillon. La méthode médico-pédagogique employée pour développer chez les enfants arriérés, qui nous sont confiés, les germes des facultés intellectuelles et des sentiments, nous a donné des résultats très satisfaisants. Chez deux enfants, en particulier, les résultats acquis méritent d'être signalés.

L'un d'eux dont l'instruction, déjà commencée, avait dû être négligée par suite de crises épileptiques, a repris des habitudes de travail, d'ordre et a fait des progrès rapides.

L'autre, plus jeune, arrivé à l'asile dans un état d'idiotie complète, n'ayant jamais pu apprendre à lire, répondant par monosyllabes aux questions qui lui étaient posées, s'est amélioré d'une façon inespérée. Il peut lire, écrire,

réciter quelques fables. Il travaille régulièrement, s'efforçant d'aider, dans la mesure de ses forces, l'infirmier chargé de la surveillance du quartier. »

Asile-école de la Roche-sur-Yon.

Notre ami, M. le Dr CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon, nous a adressé la note suivante sur le fonctionnement de son asile-école.

	Garçons.	Filles.	Total.
Existants au 1er janvier 1903	16	8	24
Admis pendant l'année 1903	4	3	7
Admis pendant l'année 1904	3	5	8
Totaux des admissions	7	8	15
Total des existences et des admissions	23	16	39
Sorties pendant l'année 1903	1	»	1
Sorties pendant l'année 1904	1	»	1
Décès pendant l'année 1903	1	»	1
Décès pendant l'année 1904	»	»	»
Totaux des sorties et des décès	3	»	3
Passés aux quartiers d'adultes	2	2	4
Total........	5	2	7
Existants au 31 décembre 1904	18	14	32

Depuis les notes que je vous ai adressées le 11 mars 1903, le nombre des admissions de filles s'est sensiblement accru. Mais la qualité de ces recrues est des plus inférieures.

Ce sont pour la plupart des idiotes totales non susceptibles d'amélioration.

Une classe est faite par la religieuse du service; six enfants la suivent et les résultats, pour quelques-unes, sont encourageants. — Le quartier des garçons est toujours tenu d'une façon très satisfaisante par le ménage que j'y ai installé il y a 12 ans. L'aspect en est gai, propre et coquet, les enfants sont bien tenus, ont l'air heureux; l'infirmier les occupe au jardinage et leur fait faire de la

gymnastique élémentaire, mouvements, ressorts, échelles, etc.. La femme les habitue à s'habiller, les soigne, surveille leurs repas, etc.. Sur ma demande le Préfet a obtenu pour ces préposés très méritants une médaille de bronze de l'Assistance publique.

Une classe est toujours faite par un aliéné ancien instituteur dont l'état mental est peu touché, huit enfants la suivent et quelques-uns ont fait des progrès très remarquables surtout en dessin et en calcul. En 1904 un enfant est sorti très amélioré ayant appris à l'atelier de serrurier les éléments du métier et capable de gagner sa vie.

Hospice départemental et Dépôt de Mendicité de l'Aisne à Montreuil-sous-Laon.

Le directeur de cet établissement, laïque jusqu'en 1870, ensuite délaïcisé, a eu l'obligeance de nous adresser les renseignements suivants :

Les jeunes idiots et épileptiques de l'âge de 2 à 18 ans, présents à l'hospice de Montreuil-sous-Laon, sont au nombre de 25, savoir :

Idiots	12 garçons.
	6 filles.
Épileptiques .	5 garçons.
	2 filles.

Il n'existe pas de personnel pour l'éducation proprement dite, si ce n'est un pensionnaire chargé de donner des notions de lecture et d'écriture aux jeunes garçons les moins dépourvus ; et, en ce qui concerne les filles, une surveillante qui s'efforce de les occuper aux travaux les plus élémentaires du ménage, quand elles ont l'âge voulu. Les résultats obtenus de part et d'autre sont médiocres, sauf de rares exceptions. Cela tient surtout au degré très accentué de débilité mentale de la plupart de nos sujets et à l'absence de toute aptitude chez les autres, sans parler des infirmités et imperfections physiques plus ou moins graves, dont les idiots sont affligés par surcroît.

Asiles-écoles de la Seine.

Le département de la Seine hospitalise, traite et éduque :

A Bicêtre..............................	440	garçons
A la colonnie de Vaucluse................	250	—
A la Salpêtrière........................	145	filles
A la Fondation Vallée....................	235	—
Total......	1.070	

La population du département de la Seine étant de 3,141,595, il s'ensuit que la proportion des enfants arriérés *hospitalisés* serait de 3,03 pour 10.000 habitants. Il y a toujours un certain nombre d'expectants, inscrits à l'Asile clinique, mais combien de familles, par ignorance, ne réclament pas pour leurs malheureux enfants, l'*hospitalisation*, le *traitement* et l'*éducation* auxquels ils ont droit?

*
* *

Aux enfants idiots et épileptiques des asiles, il faudrait ajouter ceux qui sont *hospitalisés* dans les *hospices* et sur le nombre desquels nous n'avons aucun renseignement. Si nous en jugions par ce que nous avons vu dans nos visites aux hospices, leur chiffre serait probablement plus élevé que celui des asiles.

Les arriérés sont nombreux aussi dans les familles riches ou aisées. Pour l'*Institut médico-pédagogique*, à Vitry, nous recevons annuellement une centaine de demandes. Ils échappent à une statistique un peu sérieuse.

A Bicêtre, à la Fondation Vallée, on nous amène souvent des enfants arriérés de la province. Nous recevons presque toutes les semaines des lettres des départements réclamant l'admission de ces enfants à

Bicêtre, ce qui est impossible, les places, insuffisantes, étant réservées aux enfants de la Seine.

Nous en profitons pour recommander aux parents d'intervenir auprès de leurs mandataires, députés, sénateurs, conseillers généraux, afin d'obtenir *la création*, dans leur département, d'*asiles-écoles*. Cette propagande contribuera peut-être un jour, à la réalisation de cette réforme sociale dont les faits, chaque jour, nous prouvent l'urgence.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

LXI.— **Un réflexe auriculaire** ; par W. Alter. (*Neurolog. Centralbl.* XXII, 1903.)

La percussion, la piqûre, le pincement, l'impression du chaud et du froid sur la peau de la partie postérieure du tiers moyen du masséter provoquent chez certains paralytiques généraux l'attraction en haut en arrière du pavillon de l'oreille, par la contraction de la portion postérieure du muscle élévateur auriculaire supérieur et du muscle rétracteur auriculaire postérieur de ce pavillon. La région excitée étant innervée par la branche auriculaire du troisième nerf cervical, tandis que les faisceaux musculaires en question reçoivent la branche antérieure de l'auriculaire postérieur du facial, c'est un réflexe. Il manque chez les gens bien portants et chez les autres malades, même chez ceux dont l'excitabilité réflexe est exagérée. En tous les cas où il existait, c'est-à-dire chez 19,4 % des paralytiques. le facial était parétique du côté du réflexe. Ne pas le confondre avec les mouvements musculaires convulsifs, émanant des manœuvres d'examen du facial ou du plexus cervical, qui s'étendent des muscles de la face aux muscles de l'oreille. Il peut arriver que la zone réflexe soit plus étendue et que la piqûre du territoire de l'auriculo-temporal (trijumeau) le produise : cela tient à des distributions nerveuses empiétant les unes sur les autres. P. Keraval.

Notes. — N° 1. Autrefois l'asile de St-Lizier (Arriège) recevait, en assez grand nombre, des enfants arriérés de la Seine. Il n'en est plus ainsi depuis plusieurs années.

LVII. — **Du rôle du noyau caudé** ; par W. E. Stieda. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.) — **De la fonction du noyau caudé** ; par *le même*. (*Neurologisch. Centralblatt*, XXII, 1903.)

Après avoir passé en revue les documents des auteurs, M. Stieda constate que ses propres expériences confirment que nous ne savons rien des fonctions du noyau caudé. Les procédés d'irritation physiologique ne semblent pas convenir à cet organe dont on ignore du reste la catégorie. On sait, en effet, que le corps strié est déjà développé morphologiquement à une époque où les hémisphères se composent principalement des régions visuelles et olfactives, et que les conducteurs moteurs ne germent et ne le pénètrent qu'ultérieurement en le divisant en deux portions distinctes, le noyau caudé et le noyau lenticulaire, pour s'enraciner dans l'écorce des régions supérieures et externes qui commencent à ce moment seulement à se développer avec assez de vigueur pour prédominer dans la suite sur toutes les autres parties du cerveau. Son développement ne dépend donc pas de celui de l'écorce motrice et des conducteurs moteurs. Le corps strié est l'organe de l'hémisphère qui dans la série des vertébrés conserve par excellence son aspect morphologique et histologique : il est donc à penser qu'il a une fonction propre et identique chez tous les vertébrés. Il est presque impossible de la préciser. Seulement il y a lieu de poursuivre des recherches dans cette direction de concert avec les autres.

P. Keraval.

LVIII. — **Nouvelle méthode propre à obtenir des préparations histologiques des plus fines, en soumettant à la force centrifuge des tissus dissociés par la secousse ou des coupes, notamment du système nerveux central** ; par F. Reich. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

La dissociation comporte la succussion très forte, dans un tube à expérience, de morceaux macérés grossièrement réduits en fragments auparavant. Ils sont ainsi désagrégés. Ceux qui sont demeurés massifs restent sur le tamis : on les secoue violemment et l'on voit qu'ils se composent de vaisseaux et de ramifications vasculaires presque absolument isolés. Le liquide laiteux qui a traversé l'étamine contient des fibres nerveuses ou des fragments de fibres, des cellules nerveuses, des cellules névrogliques, des hématies, etc. On le soumet à l'appareil centrifugeur. Les coupes très fines, émanées de tissus durcis d'une façon quelconque sont cueillies sur le tranchant du couteau et suspendues à l'aide d'une aiguille ou d'un instrument approprié dans un verre centrifugeur plein d'eau ou de tout autre ingrédient au choix. On procède à l'action centrifuge sur les parties suspendues ; du sé-

diment on décante le liquide pour le remplacer par tout autre réactif ou par une matière colorante *ad libitum*, chaude ou froide. On peut aussi traiter le dépôt dans une étuve, le soumettre à telles pratiques de digestion ou autres que l'on veut. On a encore à sa disposition la différenciation dont le degré s'observe au changement de couleur du dépôt tout aussi exactement que d'ordinaire sur chaque coupe. Liquides colorants et différenciateurs sont, afin d'éviter des souillures, préalablement centrifugés. Quand les préparations ont été colorées et différenciées, les milieux colorants ou différenciateurs sont rincés à l'eau à plusieurs reprises. On inclut dans le baume en remplaçant l'eau, dans laquelle les particules sont en dernier lieu suspendues, successivement par l'alcool, le xylol, un peu de baume. Il n'y a plus maintenant qu'à éparpiller dans le baume en secouant ces parcelles d'une extrême finesse et à en charger un nombre quelconque de porte-objets. Cette action centrifuge étant très courte, en un tour de main on a un très grand nombre de préparations. Le dépôt peut également être, avant ou après coloration, tiré de l'eau, de l'alcool, du xylol, transporté sur le porte-objet, séché, et manipulé à loisir. Il est possible d'effectuer toute autre inclusion. Ce système fournit des coupes de nerfs de 5 μ non incluses, colorées comme l'on veut.

Mais il n'est pas fait pour les recherches topographiques, les images synoptiques. P. KERAVAL.

LIX. — **Recherches psychologiques sur le noyau lenticulaire** ; par M. SCHAIKEWITSCH. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

Excitation directe de cet organe à l'appareil du Bois-Reymond, avec ou sans l'intégrité du faisceau pyramidal : en ce dernier cas, celui-ci est cureté, ou bien on résèque la plus grande partie de la région motrice. Examens confirmatifs à la méthode de Marchi-Busch. L'excitation du noyau après ablation couche par couche de l'hémisphère cérébral du chien détermine : la tension tonique des muscles du tronc et des extrémités, d'abord du côté opposé à l'excitation, puis, si l'on renforce le courant, aussi du même côté ; les convulsions débutent par les membres, le plus souvent par les membres postérieurs. Fréquente rotation de la tête du côté opposé et cri. L'excitation du segment interne et du noyau caudé fournit les mêmes résultats. Renforce-t-on le courant, les phénomènes moteurs augmentent ; l'interrompt-on, ceux-ci s'affaiblissent, tout en continuant parfois quelques secondes après. La respiration tend à se ralentir ; généralement, un soupir plus ou moins profond suit l'excitation et précède ce ralentissement. Insignifiante élévation de pression sanguine, sans presque aucune modification du pouls. L'excitation unilatérale ou bilatérale du noyau lenticulaire par la scissure de Sylvius, après suppres-

sion de l'action du faisceau pyramidal, montre également l'élévation infime de la pression du sang, l'intégrité presque absolue du pouls. Un courant faible ou moyen ne détermine pas d'accidents moteurs ; sous l'action d'un fort courant, convulsions toniques, plus rarement cloniques, d'ailleurs inconstantes, et, deux fois, attaque épileptiforme avec écume abondante à la gueule. Respiration comme *supra*. Chute graduelle de la température. Cinq expériences où, chez le lapin, le noyau lenticulaire fut piqué à l'aide d'une aiguille, révélèrent une hyperthermie insignifiante au calorimètre de d'Arsonval. P. KERAVAL.

LX. — **Des maladies mentales consécutives aux auto-intoxications expérimentales ; psychoses des chiens privés de la glande thyroïde** ; par BLUM. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

La glande thyroïde est un organe épurateur qui enlève à la circulation les poisons qui se forment continuellement dans l'économie et les rend inoffensifs. Devient-elle totalement inactive, on a une intoxication suraiguë et la tétanie. N'exerce-t-elle sur le poison qu'elle a saisi qu'une action insuffisante, il se produit une intoxication de thyrotoxalbumine, ou matière albuminoïde intra-glandulaire toxique qui contient très fréquemment de l'iode : thyroïdisme dont on doit rapprocher celui de la maladie de Basedow. Le poison que la glande thyroïde fixe normalement provient très probablement du tube gastro-intestinal, par corruption de l'albumine.

Les chiens privés de leur corps thyroïde, que l'on nourrit surtout de viande, succombent rapidement. Ceux que l'on soumet au régime lacté avant et après l'opération résistent en plus grand nombre, ou du moins survivent plus longtemps ; d'autres restent bien portants, après avoir eu d'abord de la tétanie, jusqu'à ce qu'on revienne à la viande. Quelques-uns acquièrent l'immunité par l'addition prudente, graduelle, de la viande au lait, et conservent vie et santé.

Or, les animaux dont la vie se prolonge, soit à raison du régime lacté exclusif, soit à cause du régime mixte progressif, dont l'intoxication est atténuée, présentent pendant un temps plus ou moins long des accidents *psychiques*. M. Blum en a observé chez 18 chiens dont 15 préalablement traités au lait. Ce sont des hallucinations qui poussent l'animal à des actes immotivés, par exemple à se tenir sur le museau, les pattes de derrière en l'air, à s'égratigner et se blesser profondément des heures entières nez, museau, yeux ; des modifications du caractère surprenantes. C'est l'hébétude : le patient reste parfois plusieurs minutes sans mouvement, l'œil hagard, la tête penchée, puis le train postérieur oscille, chancelle, et le chien tombe de

tout son long, ou fait quelques pas en titubant pour demeurer stupide plus loin. La déchéance intellectuelle s'annonce généralement par la sitiophobie. Désordres moteurs : marche en mesure, marche à reculons, esquisse de culbute, station sur le dos, les pattes en l'air. L'élément convulsif, relégué au dernier plan, ne prédomine plus comme dans la tétanie, se modifie : convulsions cloniques intermittentes, ou spasme en extension court. Deux chiens qui étaient affectés de troubles psychiques périodiques de quelques jours de durée, présentaient, à l'acmé d'une confusion mentale, des convulsions graves et persistantes. Parfois une confusion mentale persistante suit un spasme relativement court. Cas de mélange de psychose et de convulsions comme dans l'épilepsie.

Durée, de un jour à plusieurs semaines ; formes périodiques à grands intervalles lucides alternant avec une psychopathie brusque de plusieurs jours, additionnée généralement d'accès convulsifs. Mort dans le marasme déchéance psychique et physique, ou dans un spasme extensif agonique muet. Deux périodiques succombèrent à un état de mal épileptique.

Quelle est la proportion des accidents mentaux chez les animaux qui, privés de leur corps thyroïde, vivent longtemps ? Il est impossible de l'établir à cause de l'insuffisance de la science du diagnostic en matière de psychiatrie canine.

P. Keraval.

LXI. — **Observation de tumeur de la protubérance avec dégénérescence de quelques systèmes cérébelleux** ; par L. W. Bloumenaou et M. P. Tikhomirow. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

Etude analytique très minutieuse et fort exacte des phénomènes produits chez un artilleur de 22 ans par une tumeur, dont la localisation et le développement sont déterminés pas à pas. La clinique disait, et l'autopsie confirma : tumeur occupant le côté gauche, et atteignant *ses plus grandes dimensions* dans le tiers supérieur du pont de Varole, s'étendant en haut en partie à la région des tubercules quadrijumeaux (sans, d'ailleurs, envahir les noyaux des nerfs oculaires), allant en bas presque jusqu'au bulbe, mais, dans toute son étendue, limitée à l'étage postérieur ou tegmentum, et ne touchant pas à la base de la protubérance, au pédoncule cérébral. Il s'agissait d'un tubercule solitaire.

Ce malade, qui ne présentait pas de paralysie des extrémités, titubait et était affecté d'autres troubles ataxiques, surtout à gauche, c'est-à-dire du même côté que la tumeur. La cause doit en être cherchée dans la lésion d'une partie des faisceaux cérébelleux. Les dégénérescences sont nombreuses. L'auteur insiste sur la dégénérescence descendante, à gauche, de la périphérie du

cordon antérieur et d'une partie du cordon latéral de la moelle cervicale. Ce territoire correspondrait au *faisceau marginal antérieur de Loewenthal*, qui reçoit des fibres du cervelet par l'intermédiaire du segment interne du pédoncule cérébelleux postérieur, également dégénéré ici (Basiliewsky). (Figure.) De là l'ataxie gauche. P. KERAVAL.

LXII.— **Syndrome solaire par néoplasie médullaire et état de la moelle lombo-sacrée, 54 ans après l'amputation de la jambe**; par le Dr DE BUCK, (*Journ. de Neurologie*. 1904, n° 7.)

Observation d'un délirant chronique âgé de 65 ans et ayant subi l'amputation de la cuisse vers l'âge de 11 ans, qui fut pris tout à coup de vomissements répétés suivis d'une diarrhée incoercible et qui succomba dans le marasme quelque temps après.

A l'autopsie, tous les organes abdominaux étaient sains, mais on trouva au niveau de la moelle dorso-lombaire un petit gliome auquel l'auteur attribue le syndrome solaire observé pendant la vie de son malade.

D'autre part, l'examen en coupes sériées de la moelle lombo-sacrée a démontré que 54 ans après l'amputation de la cuisse, les cellules du noyau de la jambe et de celui du pied étaient conservées, quoiqu'encore en état de réaction chromalytique. Ces faits paraissent à l'auteur difficilement conciliables avec la théorie du neurone et lui semblent plutôt militer en faveur du concept caténaire développé par Bettie et Durante. G. D.

LXIII. — **Histologie de la paralysie générale**; par le Dr DEBRAY. (*Journ. de Neurologie*, 1903, n° 20.)

De l'examen d'une série de travaux, dont la plupart ont été publiés à l'occasion du Congrès de Bruxelles, l'auteur arrive à cette conclusion que la lésion initiale et fondamentale de la paralysie générale inflammatoire réside dans la cellule nerveuse. G. D.

LXIV. — **La dualité fonctionnelle du muscle**; par Mlle YOTEYKO. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 12.)

Après un exposé historique et critique de la théorie de la « dualité fonctionnelle du muscle », d'après laquelle il existe dans le muscle deux éléments fonctionnellement différents et doués d'une excitabilité inégale, l'auteur résume brièvement ses importantes recherches sur cette intéressante question, recherches qui ont rendu possible l'explication du galvanotome, de la réaction de dégénérescence des muscles, des actions polaires, de la tonicité musculaire, des contractures hystériques, etc.

Il n'y a pas cependant identité complète entre la contraction tonique, sarcoplasmatique telle que la comprend Mlle Yoteyko et

la contraction idio-musculaire de Schiff. La contraction tonique est la contraction sarcoplasmatique normale, se distinguant par une grande lenteur de propagation de l'ordre musculaire. La contraction idio-musculaire est la manifestation motrice du sarcoplasme anémié, fatigué ou mourant, et elle se distingue par l'absence complète de propagation de l'onde musculaire ; elle est un phénomène anormal. G. D.

LXV. — **Altérations de la moelle en un cas d'amputation ancienne de l'avant-bras** ; par L. Rosenberg. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Il s'agit d'une femme de 52 ans, amputée du bras gauche à douze centimètres (la largeur de la main) au-dessus du coude, il y a 30 ans. Les muscles de l'avant-bras et de la main sont sacrifiés, ceux du bras subsistent en grande partie. Dans une amputation de ce genre il faut, d'après les auteurs (tableau d'Edinger), s'attendre à rencontrer une atrophie des cellules depuis le VIe segment cervical, jusqu'au Ier dorsal. On constate, en effet, au microscope la localisation des muscles de l'avant-bras et de la main annoncée par Edinger et Bruns sur cette étendue, mais la dégénérescence n'est évidente que pour le *groupe de cellules antéro-externe*. Les investigateurs contemporains ne sont du reste point d'accord à ce sujet. Barratt indique ce même groupe ; Sano et Obersteiner aussi, bien qu'ils pensent que ce groupe n'est pas le seul. Gregoriew mentionne un groupe antérieur et un groupe externe. Un groupe externe est noté par Monakow, Flatau et Strohmayer ; ce dernier auteur n'est pas exclusif. Hayem-Gilbert, Dreschfeld, Krause, Friedlaender, Homen, Campbell penchent pour le groupe postéro-latéral. Pour Déjerine-Mayor, c'est le groupe antéro-interne. P. Keraval.

LXVI. — **Du faisceau X à la région cervicale la plus inférieure de la moelle** ; par Purves-Stewart. (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

L'auteur revendique la paternité d'un petit faisceau décrit par lui dans le *Brain* en 1901, p. 222, qu'il a nommé faisceau X. Il occupe les 7e et 8e segments cervicaux et ne continue pas dans la moelle dorsale. Situé en avant et en dehors du faisceau pyramidal croisé, il en est séparé par un certain intervalle, et se fixe à la pointe de la corne latérale. P. Keraval.

LXVII. — **Du réflexe acromial** ; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.* XXII. 1903.)

Répétition en allemand de l'article russe de l'*Obozrénié psichiatrii*, VII. 1902, déjà analysé. P. Keraval.

LXVIII. — **Du réflexe lombo-fémoral** ; par W. Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

C'est la répétition de l'article russe, *réflexe sacrofémoral* de *l'Obozrénié psichiatrii* VI. 1901), déjà analysé. P. Keraval.

LXIX. — **Nouveaux détails sur le réflexe sus-orbitaire** ; par Mc. Carthy. — **Réplique à Hudovernig** ; par *le même*. (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

L'auteur fait remarquer que le réflexe qu'il a décrit est non une réaction musculaire, mais une contraction fibrillaire. Ce sont les contractions des fibrilles musculaires de la paupière inférieure, et non le mouvement des paupières, qui constituent le réflexe. Les grosses convulsions palpébrales ou l'occlusion convulsive de l'œil sont des mouvements volontaires ou à demi-volontaires déterminés par l'appréhension du patient avant le choc du marteau ou par la douleur de ce coup. Il faut aussi tenir compte de l'excitabilité mécanique des fibres du facial fréquente chez les gens normaux qui explique les contractions en rapport avec la percussion de l'os malaire. Cette réaction n'est pas, au reste, la réaction fibrillaire de Mac Carthy.

Le réflexe sus-orbitaire n'a pas lieu quand le sus-orbitaire est sectionné, quand la 5e paire est lésée, dans la paralysie faciale. Il se produit lorsqu'on pique ou soumet à la chaleur ou au froid la région sus-orbitaire, non quand on pique la peau de l'os malaire. Il n'est donc point périostique.

Sectionne-t-on les racines sensibles du ganglion de Gasser, on ne l'obtient plus, encore que l'excitabilité du frontal et autres muscles innervés par le facial subsiste et soit même exagérée. L'ablation du ganglion de Gasser produit le même effet : seulement ces opérations doivent être radicales. P. Keraval.

LXX.— **De la détermination du sens du tact au moyen d'un nouvel esthésiomètre** ; par J. J. Graham Brown. (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

Figures et explications détaillées de l'instrument déjà décrit dans le *Journal of physiology*, XXVII. p. 85. L'auteur se propose de préciser exactement le degré de la sensation tactile, rapidement, en n'importe quel point de la peau, de mesurer la perception produite par les objets lisses et rugueux. Il dit son instrument commode et portatif. F. Keraval.

LXXI. — **Le Mécanisme des mouvements volontaires** ; par E. Storch. (*Centralbl..., f. Nervenheilk...*, XXV, N. F., XIII, 1902.)

Chaque mouvement volontaire a l'aspect d'une combinaison de

mouvements élémentaires à chacun desquels correspond un mécanisme d'innervation spinal ; subjectivement, c'est une idée accompagnée de volonté. Cette idée est l'image représentative de l'espace, dont dépend la combinaison des phases élémentaires du mécanisme moteur propre à la forme du mouvement exécuté. Elle provient d'une modification précise de la faculté psychique de se représenter l'espace ou *stéréo-psuké*. Les vibrations sensibles de tout le corps, en affluant au stéréopsuké, lui fournissent les indications nécessaires. Mais il existe un appareil coordinateur de tous les muscles propres à un mouvement d'ensemble en une direction déterminée : c'est le labyrinthe des canaux semi-circulaires, dont les trois ampoules fournissent au stéréopsukê l'impression des trois dimensions en rapport avec les excitants sensoriels. A toute énergie élémentaire de ce centre de direction sous-cortical correspond une énergie élémentaire de l'écorce dont la vibration nous apparaît mentalement comme une des trois directions fondamentales de l'espace. Les variations d'intensité de cette vibration forment le sentiment du mouvement en tel ou tel sens. Le stéréopsukê dans la vibration duquel se trouve l'apogée de toute activité sensible est l'organe intermédiaire de toutes nos conceptions ou représentations de l'espace. Il est capable de toutes les combinaisons même les plus complexes des conceptions de direction. L'orientation, c'est-à-dire la transmission aux éléments corticaux moteurs, dépend de la continuité de la perception des excitants sensibles les plus divers par lesquels s'effectue la conception pratique de l'espace. P. KERAVAL.

LXXII. — **Esquisses d'anatomie comparée du cerveau antérieur** ; par E. M. KASTANAIAN. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

L'auteur passe en revue, en un style clair et précis, le *développement dans la série des vertébrés des voies conductrices et des centres de l'écorce cérébrale*. Il montre comment celle-ci apparaît chez les vertébrés les plus élevés en organisation, non d'un bloc brusquement, mais par territoires distincts ayant chacun sa fonction et graduellement. Le perfectionnement de la construction crée un outillage spécial. Ainsi, avant le développement des centres corticaux de la sensibilité en ses modalités diverses, tous les processus nerveux qui se rattachaient à telle ou telle de ces modalités s'exécutaient dans les centres sous-corticaux. Ces centres primaires procédaient non seulement à des processus réflexes inconscients, mais à des processus psychiques ayant pour base la perception consciente. Les centres corticaux se sont emparés des processus psychiques liés à tel ou tel mode de la sensibilité, tandis que les centres sous-corticaux ont servi de préférence à l'activité réflexe inconsciente. La division du travail avec les exem-

ples à l'appui sur toute la question traitée est à lire en entier ; cela ne s'analyse pas. P. KERAVAL.

LXXIII.— **Contribution à la question des nerfs conducteurs de la chaleur et du froid** ; par F. K. TELIATNIK. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Observation de névrite de quelques nerfs intercostaux du côté droit.

Le malade, avec d'autres désordres de la sensibilité cutanée, ne sent point en une région cutanée la chaleur, tandis que dans le même endroit il perçoit le froid.

Les cas de ce genre sont en faveur de l'existence de fibres différentes propres à l'impression du froid et du chaud. Dans la névrite, toutes les fibres nerveuses ne sont pas également atteintes. Lorsqu'un nerf mixte est enflammé, le processus morbide, pour des causes ignorées de nous, frappe principalement tantôt des fibres sensitives, tantôt des fibres motrices : c'est une règle. Par suite, s'il y a des fibres distinctes pour le froid et le chaud, on peut admettre qu'en l'espèce le processus ait détruit la fonction des fibres thermiques et qu'il ait respecté celle des fibres cryesthésiques.

L'examen des faits pathologiques, en montrant le phénomène de l'anesthésie partielle du froid et de l'anesthésie partielle de la chaleur, fournit une des meilleures preuves en faveur de la dualité de l'appareil des impressions thermiques. On ne peut dire qu'il existe une sensibilité générale thermique comparable à la sensibilité tactile, douloureuse, etc. Dans l'anesthésie à l'égard de la chaleur, il se perd non une sensation, mais une quantité de sensations, celle de 30°, celle de 50°, celle de 100° de chaleur, tandis que dans l'anesthésie douloureuse tactile, etc., il n'y a qu'une sensation de perdue. L'anesthésie à l'égard de la chaleur se rapproche énormément de l'achromatopsie, de la surdité à l'égard de certains sons. Cette analogie plaide en faveur de l'existence de nerfs de la chaleur et de nerfs du froid. P. KERAVAL.

LXXIV.— **Revue des plus récents travaux sur le sens musculaire** ; par I. W. BOROWIKOW. (*Obozrénié psichiatrii*. VI. 1901).

Cette revue met à contribution le travail de Henri. (*Année psychologique*, 1899), et celui de Verger. (*Archives de Neurologie*, 1899), ainsi que les mémoires antérieurs. P. KERAVAL.

LXXV.— **Du centre cortical de la vue** ; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*. VI. 1901.)

Par ses expériences personnelles sur les chiens, l'auteur s'est convaincu que la région supéro-externe de l'écorce du cerveau,

dont la destruction provoque des troubles de la vue est extrêmement large : elle s'étend à toute la partie postérieure de la surface de l'hémisphère et à la région pariétale jusqu'au sillon crucial. La destruction de la face supéro-externe de la partie postérieure de l'hémisphère détermine une hémianopsie homonyme des deux yeux, que cette destruction soit large ou limitée : une lésion limitée provoquera une courte hémianopsie ; une lésion large et profonde engendrera une hémianopsie prolongée qui avec le temps diminuera et disparaîtra totalement. Il est à remarquer que, dans les cas d'hémianopsie tranchée, les proportions du segment de rétine aveugle et du segment de rétine indemne ne sont pas identiques dans chaque œil. Ce résultat est constamment le même, que l'hémianopsie soit provoquée par la section de la bandelette optique, par une lésion du corps genouillé externe, ou par la destruction de l'écorce du cerveau.

Une lésion limitée de la région occipitale ne donne souvent dès le début qu'une hémiamblyopie ; d'ordinaire, en pareils cas, les troubles visuels sont discontinus et l'hémianopsie ne tarde pas à disparaître définitivement.

Une destruction plus accentuée de la région occipitale se traduit par une hémianopsie plus marquée et plus persistante : elle durera des mois, des semaines, voire plus d'un an, si les altérations sont étendues, et ne s'affaiblira que peu à peu en passant par le stade de l'hémiamblyopie.

Fréquemment, il n'y a ni simultanéité ni parallélisme entre la disparition des troubles oculaires d'un œil et celle des troubles de l'autre. Dans les lésions limitées, par exemple, parfois la perte de la vision de l'œil correspondant disparaît plus tôt que celle de l'œil opposé.

Si, quand les troubles oculaires provoqués par une première destruction de l'écorce occipitale ont disparu, on pratique une seconde destruction en des endroits voisins dans la même région. l'hémianopsie revient habituellement.

Toute destruction bilatérale de la face externe de la région occipitale engendre une amblyopie bilatérale : celle-ci disparaît avec le temps quand la destruction n'a pas été importante ; elle persiste plus ou moins quand on a notablement lésé les deux régions sans toutefois être définitive.

Il semble qu'en certains cas de lésion étendue de l'écorce d'un hémisphère portant sur la région occipitale et pariétale, on obtienne une hémianopsie bilatérale homonyme associée à une amblyopie de l'œil du côté opposé. Mais de nouvelles recherches sont nécessaires.

La lésion de la face interne de la partie postérieure d'un hémisphère détermine toujours de l'hémianopsie homonyme dans les deux yeux du côté opposé *et de l'amblyopie de la portion du champ*

visuel conservé dans l'œil opposé. Les proportions du segment de rétine aveuglé et du segment de rétine qui voit encore sont exactement celles que l'auteur a déterminées dans ses expériences de section de la bandelette optique correspondante. Bien que la lésion ait *en apparence* été rigoureusement superficielle, ces désordres ont persisté même après plusieurs mois révolus.

Conclusions. — Il y a des raisons de supposer que le véritable centre cortical de la vision, chez le chien, occupe la partie interne du segment postérieur de l'hémisphère. Pour s'en convaincre, il faudrait exécuter des destructions partielles de cette région : c'est difficile. P. KERAVAL

LXXVI. — **Contribution à l'étude anatomique des cordons postérieurs** ; par NAGEOTTE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1904.)

Recherches histologiques avec colorations au carmin et à l'hématoxyline selon les méthodes de Weigert-Pal, de Marchi et de Nissl, portant sur les divers étages de la moelle dans deux cas de lésion de la queue de cheval et de tabes incipiens. Conclusions : I. Les fibres endogènes des cordons postérieurs, à la région lombo-sacrée, doivent être divisées en deux classes : les fibres endogènes grosses et les fibres endogènes fines.—II. Les fibres endogènes grosses forment : a. un faisceau dans la zone cornu-commissurale ; b. le triangle médio-sacré ou triangle de Gombault et Philippe. Ce dernier faisceau est l'extrémité inférieure d'un faisceau descendant médio-périphérique dont le trajet supérieur forme à la région dorsale le faisceau de Hoche. — III. Le triangle médian est entièrement distinct du centre ovale de Fleschsig, qui est un faisceau radiculaire. — IV. Les fibres endogènes fines sont les unes horizontales, les autres verticales, les dernières sont éparpillées dans toute l'étendue des cordons de Burdach. Il en existe aussi quelques-unes dans le cordon de Goll à la région cervicale. — V. Les zones de Lissauer sont constituées par des fibres endogènes fines verticales qui sont condensées à cette région. Elles ne sont pas de nature radiculaire, comme on l'admet actuellement. Elles dégénèrent tardivement dans le tabes. — VI. Le réseau des fibres fines de la corne postérieure est de nature endogène. — VII. Les colonnes de Clarke ne paraissent pas recevoir de fibres des racines postérieures situées au-dessous de la 3e lombaire. — VIII. La bandelette externe ne touche en aucun point la corne postérieure ; elle prend à la région dorsale inférieure une forme compliquée qui représente un M de chaque côté. — IX. Les fibres de la bandelette externe sont des fibres radiculaires de moyenne longueur, qui restent dans les limites de cette formation pendant tout le trajet intra-médullaire et celles de la région lombo-sacrée n'aboutissent pas au cordon de Goll. — X. Les fibres radiculaires lon-

gues passent, non pas par la bandelette externe, mais par les champs postéro-externes. — XI. La zone marginale de Westphal, ou zone radiculaire antérieure, ne contient, outre les fibres endogènes, que des fibres radiculaires courtes. R. C.

LXXVII. — **Anatomie pathologique des scléroses combinées tabétiques** ; par CROUZON. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1904.)

A côté des lésions caractéristiques du tabes, on trouve dans certains cas des lésions portant sur les cordons latéraux, les cordons de Goll, les faisceaux cérebelleux directs qui constituent les scléroses combinées tabétiques et qui ont été considérées comme présentant un caractère systématique. En comparant la topographie et le degré de ces lésions avec les lésions méningitiques et lymphatiques qui les accompagnent, l'auteur a constaté que les scléroses du cordon peuvent être le plus souvent considérées comme pseudo-systématiques et que leur distribution paraît réglée par la distribution des lésions méningitiques et lymphatiques. Cette constatation serait un argument en faveur des théories qui n'admettent pas dans le tabes une systématisation constante et en particulier de la théorie lymphatique de Marie et Guillain. R. C.

LXXVIII. — **Etude graphique des réflexes plantaires à l'état normal et dans quelques affections spasmodiques du système pyramidal** ; par VERGER et ABADIE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1904.)

Le réflexe plantaire peut se décomposer, au point de vue anatomique, en trois mouvements distincts : *réflexe plantidi-gital*, siégeant dans les muscles qui agissent sur les orteils, *réflexe planti-crural* dans les muscles de la cuisse, *réflexe planti-tibial* dans les muscles de la jambe. L'étude de ces réflexes à l'aide du myographe et d'après une technique spéciale démontre la légitimité de leur division au point de vue physiologique et clinique. L'analyse graphique de ces différents mouvements réflexes montre que l'extension du gros orteil — signe de Babinski — n'est pas uniquement un phénomène pathologique, lié à une altération de la voie motrice puisqu'on la trouve à l'état normal. C'est son exagération seule qui constitue le signe pathologique. R. C.

LXXIX. — **Sur l'aspect extérieur des dendrites des cellules nerveuses des tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs chez les vertébrés supérieurs** (lapins et souris) ; par CZARNIECKI (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1904.)

Recherches microscopiques établissant les différences morphologiques très marquées qui existent entre l'aspect extérieur des

dendrites des cellules nerveuses des tubercules quadrijumeaux postérieurs et des tubercules quadrijumeaux antérieurs.

Les premiers se distinguent par l'existence d'épaississements, de gonflements et d'appendices collatéraux en grande quantité. Les dendrites des cellules nerveuses des tubercules quadrijumeaux antérieurs présentent la plus grande ressemblance avec les dendrites des cellules nerveuses de la moelle épinière. R. C.

LXXX. — **Un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique** ; par CORNU. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, N° 2, 1904.)

Affection ayant évolué en 15 mois et ayant présenté à côté des symptômes généraux des tumeurs cérébrales, les signes de la démence paralytique et un symptôme de localisation (hémispasme facial). A l'autopsie : destruction du noyau caudé par tumeur du volume d'une noix ; atrophies croisées du cervelet par rapport au noyau caudé, du bulbe et de la moelle par rapport au cervelet.

LXXXI. — **Type infantile du gigantisme** ; par BRISSAUD et MEIGE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

Description clinique d'un sujet de 30 ans qui présente à la fois les caractères du gigantisme acromégalique et les symptômes physiques et psychiques de l'infantilisme et dont l'histoire personnelle et héréditaire réunit dans une famille les principales « anomalies évolutives de l'individu et de l'espèce : gigantisme, infantilisme, obésité, fécondité excessive, longévité et léthalité anormales. »

R. CHARON.

LXXXII.— **Les altérations du ganglion rachidien chez les tabétiques** ; par THOMAS et HAUSER. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

Recherches, histologiques portant spécialement sur la cellule des ganglions rachidiens chez les tabétiques, desquelles les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° il existe fréquemment des altérations cellulaires dans les ganglions rachidiens des tabétiques. Ces lésions consistent principalement en un procesus d'atrophie lente et de désagrégation qui aboutit à la disparition de la cellule nerveuse ; 2° malgré leur importance et leur fréquence, il est difficile d'apprécier le rôle qu'elles jouent dans la pathogénie de l'atrophie des racines postérieures et des dégénérescences médullaires ; mais elles sont trop fréquentes et trop marquées dans certains cas pour ne pas jouer leur rôle dans la pathogénie générale du tabes et ne pas faire partie du processus tabétique. R. C.

LXXXIIII. — **Hématomyélie traumatique** ; par LAIGNEL-LAVASTINE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

Hémorrhagie intramédullaire siégeant à la région cervicale et consécutive à une fracture de la 5e vertèbre cervicale. Mort 21 heures après le traumatisme. La comparaison des signes cliniques observés relativement à la sensibilité et à la vaso-motricité, avec les constatations histologiques notées aux différents étages de la moelle permet de conclure qu'une lésion médullaire localisée ne produit la vaso-paralysie que dans le territoire même des vaso-moteurs dont elle a touché les centres. « L'autonomie des vaso-moteurs vis-à-vis des centres bulbo-encéphaliques est donc considérablement plus grande que celle des musculo-moteurs et des cutanéo-sensitifs. » R. C.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XIII. — **Sur une altération singulière de la mémoire chez un aliéné alcoolique uxoricide** ; par le Dr A. CRISTIANI. (*Rev. sp. di fren.*, t. XXIX, fasc. III.)

Observation très curieuse d'un individu affecté de délire sensoriel alcoolique, de persécution et de jalousie conjugale qui le poussa à l'uxoricide. Pendant seize jours après le crime, il en conserva un souvenir total, complet. Puis, le délire s'améliorant, se montra une amnésie rétro-antérograde relative à l'uxoricide, et qui dura plus de trois mois. A ce moment, dans un retour du délire, cette amnésie rétro-antérograde disparut et le malade recouvra tous les souvenirs, nets, précis, relatifs à son crime. En même temps, il y avait une mémoire exacte de la période intercalaire, même de l'amnésie rétro-antérograde à propos de laquelle il ne pouvait cependant donner aucun éclaircissement.

L'auteur discute et repousse l'hypothèse de la simulation, d'une amnésie hystérique ou épileptique, d'un dédoublement de la personnalité et pense que l'altération de la mémoire est en rapport avec le délire alcoolique. Il rapporte un cas à peu près semblable de Bonhoeffer. J. SÉGLAS.

XIV.— **Du torticolis mental** ; par GIGLIOTI. (*Rivista critica di clinica medica*, nos 6, 7, 8, 1904.)

L'auteur rappelle que c'est à l'école française, à Charcot et à ses élèves, que revient l'honneur d'avoir élucidé la question du tic et d'avoir montré que le tic est le correspondant de l'idée

fixe dans la zone motrice. Il faut distinguer avec le plus grand soin le torticolis mental du torticolis spasmodique et du t. hystérique. L'auteur trace un tableau très complet du torticolis mental, d'après les travaux de Brissaud, de Lannois, de Grasset, de Schulze, de Murri, de Strumpell, etc. ; il insiste avec Brissaud sur l'importance du « geste antagoniste efficace » pour le diagnostic ; sur l'augmentation du tic sous l'influence de l'excitation, de la fatigue, et sa disparition pendant le sommeil et surtout la présence de phénomènes d'anxiété paroxystiques. Le diagnostic est particulièrement difficile avec le torticolis spasmodique essentiel dû à des lésions irritatives accompagnées de douleur et persistant pendant le sommeil. L'auteur passe en revue les anciens traitements, mais il rappelle combien même par la méthode de réduction psychique de Brissaud, il ne faut pas « se hâter de chanter victoire ». Il signale les divers traitements chirurgicaux préconisés jusqu'à ce jour. Enfin dans un dernier article, Giglioti rapporte une très intéressante observation qu'il a recueillie à Lucques sur un jeune chanteur de 27 ans.

XV. — **L'origine périphérique des psychoses** ; par le Dr de Buck. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, avril 1904.)

L'auteur relate dans ce travail un certain nombre d'observations destinées à montrer que les sensations de malaises, d'oppression, d'angoisse, etc., qui accompagnent certaines affections viscérales peuvent influencer, par l'intermédiaire du pneumogastrique ou du sympathique, les centres corticaux de perception de la sensibilité générale. On conçoit que si la réceptivité de ces centres est héréditairement accrue, les dites sensations organiques peuvent s'halluciner et amener des troubles graves de la personnalité, tant dans le domaine de l'affectivité que de l'intelligence proprement dite. On aura donc à un premier degré l'hypochondrie simple, l'angoisse hallucinatoire ; au second, la mélancolie ; au troisième, le délire hypochondriaque hallucinatoire, la vraie paranoïa hallucinatoire, et enfin à un quatrième degré, la démence secondaire.

La conclusion qui se dégage de ces données est que le système nerveux périphérique joue un rôle très important dans la genèse d'un certain nombre de psychoses. G. D.

XVI. — **Sur l'âge d'apparition et sur l'influence de l'hérédité dans la pathogénie de la démence primitive ou précoce** ; par Levi Bianchini. (*Riv. sp. di pen.* V. XXIX, fasc. III.)

La démence primitive est aussi bien une maladie de la puberté et de la jeunesse que de la virilité. En effet, prise en elle-même et sans tenir compte des formes, elle apparaît dans 53 % des cas

avant 25 ans ; dans 47 % après ; c'est-à-dire qu'il y a autant de cas qui apparaissent dans la jeunesse qu'à l'âge de virilité. Mais dans le premier cas elle revêt la forme hébéphrénique presque spécifique 64 % et la catatonique 79 % ; dans l'âge viril, c'est la forme paranoïde, 82,5 %.

Les formes hébéphrénique et catatonique apparaissent surtout entre 15 et 25 ans (66 %, 64 %) ; la forme paranoïde de 25 à 35 ans (51 %), c'est-à-dire avec un retard de 10 ans sur les premières.

La démence primitive représente 28 % des malades de l'asile : 13,8 % hommes ; 14,2 % femmes. Le nombre absolu des déments primitifs hommes est égal à peu près à celui des femmes (62, 63). La démence primitive frappe pour ainsi dire en proportion égale les sexes masculin et féminin 26 %-28.

Sur 100 démences primitives, 56 sont des formes hébéphréniques, 8 catatoniques, 36 paranoïdes ; mais tandis que sur 100 hommes, il y a 48 hébéphréniques, 9 catatoniques, 43 paranoïdes ; sur 100 femmes il y a 64 hébéphréniques, 7 catatoniques, 29 paranoïdes.

La forme hébéphrénique frappe surtout le sexe féminin 64 % ; la forme paranoïde le sexe masculin 43 % ; la catatonique, en proportion presqu'égale les hommes et les femmes (9 %, 7 %) ou avec une légère prépondérance les hommes.

La variété de démence primitive absolument prépondérante est l'hébéphrénie (64 %, 48 %) ; puis vient la forme paranoïde (43 %, 29 %) puis, à une grande distance, la catatonique (9 %, 7 %).

Les 59 °/o des démences primitives présentent une hérédité ascendante, directe ou collatérale, grave ; le 52 °/o est constitué par de l'hérédité complexe psychopathique et neuropathique. Dans 41 °/o il y a de l'hérédité psychopathique seule, dans 11 °/o hérédité neuropathique.

L'hérédité complexe syphilitique, tuberculeuse, apoplectique, donne 11 °/o. Il y a encore beaucoup de cas dans lesquels on trouve réunies deux ou trois formes de l'hérédité morbide.

L'hérédité morbide générale et spécifique est égale pour le nombre et la nature tant dans le sexe masculin que dans le féminin : tant dans les formes hébéphréniques que catatoniques ; presqu'égale par rapport aux deux sexes dans les formes paranoïdes, mais inférieure de 15-20 °/o à celle des 2 premières variétés.

La démence primitive s'établit dans la presque totalité des cas (90,4 %) sur une intelligence normalement développée, cette proportion restant égale tant dans les 2 sexes que dans ses variétés hébéphrénique, catatonique et paranoïde. La variété catatonique cependant, tout en n'échappant pas à cette règle, frappe de préférence des intelligences pauvres et jamais une intelligence supérieure.

60 °/₀ des déments primitifs présentent avant la maladie une intelligence moyenne ; 24 °/₀ une intelligence pauvre ; 6 °/₀ une intelligence supérieure ; enfin 9,6 °/₀, une intelligence atteinte dont 8 °/₀ de phrénasthénie avérée.

La forme hébéphrénique de la démence primitive occupe dans les deux sexes, dans toutes ces données statistiques absolues et relatives d'apparition et de fréquence, la première place parmi les variétés cliniques. Les variétés cliniques fondamentales de la démence primitive se réduisent peut-être à deux : l'hébéphrénique et la paranoïde. J. Séglas.

XVII. — **Contribution à l'étude des altérations de la voix aux deux premières périodes de la paralysie générale**; par le Dr Marandon de Montyel. (*Jour. de Neurol.* 1903, n° 21.)

Des recherches très nombreuses qu'il a faites sur 55 paralytiques généraux du sexe masculin, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Dans un tiers seulement des cas, la voix a été trouvée constamment normale, aux deux premières périodes de la paralysie générale ; dans un autre tiers, après une période plus ou moins longue de normalité, elle s'est altérée et est restée anormale ; enfin dans le dernier tiers, elle a passé par des alternatives plus ou moins répétées de normalité et d'anormalité.

La tendance de la voix à s'altérer n'a ni augmenté ni diminué par les progrès du mal, mais les troubles vocaux ont eu une bien moins grande fixité à la première période qu'à la seconde.

Chez le même paralytique, les troubles de la voix n'ont pas évolué de la même manière aux deux périodes ; il y a eu au contraire une variété excessive d'évolution pour les deux phases. Ce ne sont pas seulement les troubles vocaux en général qui sont plus fixes à la seconde période qu'à la première, mais aussi le degré d'intensité de ces troubles.

Soit pour chaque période isolément, soit pour les deux prises ensemble, l'évolution des divers degrés d'intensité des troubles vocaux fut aussi variable et aussi capricieuse que l'évolution de ces troubles eux-mêmes. G. Derny.

XVIII.— **Syndrome de Korsakoff et paralysie générale**; par le Dr Deroubaix. (*Journ. de Neurologie*, 1903, n° 22.)

On sait que quelques auteurs considèrent la paralysie générale comme un facteur étiologique du syndrome de Korsakoff. A l'appui de cette opinion, l'auteur relate l'observation d'un homme de 35 ans, à hérédité très chargée, mais n'ayant jamais fait d'excès alcooliques, qui fut atteint, à la suite d'un ictus apoplectique, de troubles démentiels à marche progressive. Quelque temps après,

survint un triple ictus épileptique suivi d'impuissance, de perte de la mémoire, de désorientation sans délire, ni compression proprement dite. Les pupilles inégales réagissaient à la lumière; la parole, d'abord simplement embarrassée, devint peu à peu presque incompréhensible ; par contre, la motilité resta à peu près indemne.

Ce fait tend à démontrer : 1° l'existence du syndrome de Korsakoff en dehors de la confusion mentale de Chaslin, ce qui est contesté par Crocq, Francotte et les auteurs français ; 2° les rapports possibles de ce syndrome avec la démence paralytique, fait avancé par Jolly, Meyer et Raecke ; 3° la nature plutôt démentielle que confuse du dit syndrome. G. D.

XIX. — **Note sur l'aplatissement hypotonique du pied chez les paralytiques généraux** ; par Féré. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1904.)

La diminution de la tonicité musculaire qui accompagne généralement les maladies du système nerveux peut se mesurer au moyen des empreintes plantaires, qui traduisent l'aplatissement du pied dû principalement à l'hypotonicité du grand péronier latéral. Ce procédé accuse de l'hypotonie musculaire chez un grand nombre de paralytiques généraux (39 % et 54 % dans deux séries de malades).

XX. — **Un cas de démence précoce catatonique avec pseudo-Œdème compliqué de purpura**; par Trepsat. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

XXI. — **L'anesthésie chez les aliénés** ; par M. Sokolow. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Il existe, aux termes de cette revue : 1° une hémianesthésie relative, dans laquelle le malade sent mieux d'un côté du corps que de l'autre ; c'est un symptôme plus fréquent qu'on ne l'admet généralement ; 2° une anesthésie universelle qui, dans les états de stupidité, est un phénomène imaginaire, en rapport avec l'impossibilité où sont les malades de faire aucun mouvement pour exprimer les impressions perçues ; 3° une mobilité de l'anesthésie non encore décrite, qui relève surtout de la mélancolie, de la stupeur postmaniaque, de la démence. P. Keraval.

XXII. — **Note sur les aliénés processifs** ; par le Dr Giraud. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 7.)

Cette note est consacrée à la relation de deux cas où l'auteur est appelé comme expert à examiner des persécutés-persécuteurs processifs dont les dénonciations avaient abouti à l'arrestation de plusieurs personnes.

XXIII. — **Les névroses dans le milieu scolaire. Réactions réciproques entre élèves et maîtres au point de vue des influences morales**; par M. Le Gendre. (*Bull. méd.*, 1904, n° 39.)

L'auteur insiste sur les phénomènes nerveux qui constituent un véritable danger de contagion dans le milieu scolaire ; l'hystérie et la neurasthénie, les tics nerveux du maître ou des élèves ; il montre les inconvénients très sérieux qui se produisent lorsque le maître est devenu le persécuté persécuteur de ses élèves. C'est un article à méditer pour ceux qui ont le choix du personnel enseignant et la direction des établissements scolaires.

L. Wahl.

XXIV. — **Epilepsie procursive à forme anormale** ; par Courtellemont et Touchard. (*Bull. méd.*, 1904, n° 25.)

Observation d'une fillette de 10 ans du service du professeur Raymond à antécédents héréditaires très chargés, épileptique depuis l'âge de 4 ans, qui depuis quelque temps présente par intervalles un sautillement d'un type spécial qui dure de trente secondes à deux minutes puis reprend ses occupations ne se rappelant rien de ce qui vient de se passer : l'enfant ne peut rien apprendre à l'école. Traitement bromuré et thyroïdien. L. W.

XXV. — **Paralysie générale et hystérie** ; par M. Joffroy. (*Bull. méd.*, 1904, n° 1.)

Il s'agit de deux malades qui, après avoir présenté des phénomènes très nets d'hystérie, sont devenues paralytiques générales. C'est en réalité une coïncidence rare. La première de ces malades est une syphilitique. Les phénomènes hystériques ont disparu au cours de la paralysie générale ; d'ailleurs hystérie et démence sont des termes contradictoires. L. W.

XXVI. — **Confusion mentale** ; par M. Marandon de Montyel. (*Bull. méd.*, 1904, n°s 56 et 57.)

Très intéressante étude de cette affection, qui, après avoir été isolée par Georget et Ferrus a été confondue par Baillarger avec la mélancolie stupide dont elle n'a été distinguée que de nos jours par Ball, Chaslin, Séglas et Anglade. Il faut tout d'abord distinguer les cas dans lesquels la confusion est le trouble mental primitif de ceux dans lesquels c'est un simple phénomène dans un tableau clinique plus ou moins complexe comme chez l'alcoolique, le paralytique général, l'épileptique, etc.

La confusion mentale est en somme une démence curable, une

pseudo-démence qui pourrait mettre jusqu'à 12 ans pour se dissiper (Marandon de Montyel). Dans la forme typique, qui est d'ailleurs très rare et qu'a décrite Etoc-Demazy, il n'y a ni hallucinations, ni illusions, ni conceptions délirantes ; c'est une simple désorientation dans le temps et dans l'espace. On trouve ce type chez l'homme (Brierre de Boismont).

Parfois c'est la stupidité primitive, que l'on n'a que trop confondue avec la lypémanie stupide de Baillarger. Sauze a montré avec raison que les deux formes existent. Dans le type Chaslin, il y a à la seconde période des idées délirantes, des hallucinations, des illusions, c'est un véritable automatisme cérébral, un rêve. Marandon de Montyel insiste sur la couleur triste du délire de tous les confus ; cependant dans la lypémanie vraie, le délire est uniforme, cyclique ; dans la confusion on observe un type plus dégénératif, moins systématisé, qui débute par la désorientation dans le temps et dans l'espace ; un seul type, celui de Georget, semble être constamment primitif. L. Wahl.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XLI. — **Un symptôme rarement décrit dans la paralysie faciale périphérique** ; par R. Cassirer. (*Centralblatt f. Nervenheilk*, XXV, N. F. XIII, 1902.)

Six observations prouvant que de fortes excitations mécaniques successives des muscles paralysés y déterminent des contractions toniques survivant considérablement à l'excitation. Ce phénomène serait, à des degrés divers, propre à la paralysie faciale périphérique accompagnée de réaction dégénérative partielle ou complète. Il manquerait dans la plupart des cas de paralysies faciales très légères dépourvues d'altérations de l'excitabilité électrique ou ne présentant qu'une faible diminution quantitative de cette excitabilité, ainsi que dans les vieilles paralysies faciales avec contracture des muscles paralysés. Une observation montre, qu'absent dans la paralysie faciale toute récente, il apparaît au bout de 10-14 jours de concert avec la lenteur de la contraction musculaire au courant galvanique. Ainsi que le souligne Hitzig, il semble se développer pendant le stade d'hyperexcitabilité galvanique directe. On aurait encore bien des raisons de croire que sa précocité et son intensité indiquent une tendance à la formation de la contracture.

P. Keraval.

XLII. — **Un cas de maladie de Friedreich** ; par Pic et Bonnamour. (*Nouv.Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1904).

Tableau clinique complet de la maladie de F. avec les particularités suivantes : pas de caractère familial, début à la suite d'une fièvre infectieuse, arythmie et troubles de l'audition. Particularités de l'autopsie : ramollissement très étendu de l'hémisphère droit (circonvolution temporo-occipitale et couche optique), lésions multiples du bulbe. R. Charon.

XLIII.— **Myxœdème fruste, croissance tardive, diabète** ; par Apert. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904).

Homme de 66 ans. Croissance jusqu'à l'âge de 36 ans. Développement incomplet des organes génitaux, obésité, gros ventre, face lunaire, fémininisme, glycosurie. Ce dernier symptôme, qui a pu être considéré comme lié à l'hyperthyroïdie et impossible dans le myxœdème, est la particularité intéressante de cette observation. L'auteur l'explique par un processus de régénération et d'hyperthrophie compensatrice dont il trouve la manifestation dans l'hypertrophie des glandes mammaires et des parotides.

R. C.

XLIV. — **Un cas de cyphose d'origine articulaire ou musculaire** ; par Brissaud et Grenet. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1904).

Sujet rhumatisant, suspect de tuberculose, douleurs rachidiennes pendant trois ans, cyphose consécutive. Ni hérédité, ni traumatisme. La suspension et le repos au lit diminuent notablement la cyphose. Intégrité des articulations des membres. Pas d'ankylose. Ce type de grande cyphose se rapproche du rhumatisme vertébral à forme pseudo-névralgique et paraît dépendre autant d'une action musculaire que de lésions articulaires. R. C.

XLV. —**Déformations rachidiennes** ; par Forestier. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1904).

Une observation de « sciatique avec cyphose très marquée et scoliose homologue légère ». Guérison et redressement complet. Il s'agirait d'un trouble de sensibilité de nature hystérique, ayant produit de la contracture à l'occasion d'une lésion des origines du sciatique (névrite apoplectiforme, hématomyélie). Trois cas de spondylose rhumatismale ankylosante. R. C.

XLVI. — **Contribution à l'étude des hémiœdèmes chez les hémiplégiques** ; par Lœper et Crouzon. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

L'œdème des hémiplégiques a été attribué à une localisation spéciale des lésions nerveuses (noyau caudé. capsule interne,

noyau lenticulaire. Parhon). Les auteurs pensent que souvent ces hémiœdèmes sont en réalité sous la dépendance d'insuffisance cardiaque ou rénale, et appuient leur opinion sur trois observations dans lesquelles l'œdème se montrait associé soit à l'albuminurie, soit à une asystolie, soit à une myocardite : l'hémiplégie intervenant seulement pour régler la localisation.

R. C.

XLVII.— **Contribution à l'étude du trophœdème**; par Sainton et Voisin. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

Œdème d'un membre inférieur débutant brusquement chez un garçon de 15 ans, avec douleur et rougeur, pris d'abord pour de la lymphangite et s'installant ensuite sans amélioration sous la forme et les caractères du trophœdème. Pas d'hérédité sinon — chez le père — une tendance aux troubles vaso-moteurs.

R. C.

XLVIII.— **Nouveau cas d'achondroplasie**; par Dide et Leborgne. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

Nanisme avec atrophie squelettique des membres supérieurs et inférieurs et macrocéphalie.

XLIX.— **Un cas de neuro-fibromatose généralisée**; par Rudler. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.)

Diffusion, sur la surface cutanée, d'une grande quantité de petites tumeurs, plus abondantes sur le tronc, dont la dimension varie du volume d'une lentille à celui d'une noix, taches pigmentaires en plaques et en semis, tremblement des mains, émotivité. Hérédité alcoolique.

R. C.

L. — **Observation de paralysie arsénicale**; par J. Kron. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

Jeune fille de 21 ans, ayant absorbé en 20 heures plus du double de la dose maxima d'arsenic. L'intoxication ne fut guère indiquée que par des douleurs dans le bas-ventre. En revanche, en une journée, phénomènes d'excitation sensorielle et tout le cortège de la polynévrite rapide ; paresthésies, suivies de douleurs et finalement de paralysies avec atrophie. Début paralytique presque apoplectiforme, douleurs terribles ininterrompues, grande sensibilité à la pression des nerfs et muscles, atteinte quasi simultanée des membres supérieurs et inférieurs, guérison totale du tronc et des membres supérieurs, tel fut le tableau d'ensemble. Ajoutons des battements de cœur dès le début avec accès intermittents d'angoisse précordiale et de lipothymie, pouls de 95 à

120, sans signes objectifs ; de l'hyperidrose podolique avec sensation de froid dans les jambes ; la suppression de la menstruation; des tremblements fibrillaires des muscles de la cuisse à la phase de la réparation ; l'impossibilité absolue d'uriner ; la constipation. Diagnostic : affection du système nerveux périphérique peut-être compliquée d'une légère participation du système nerveux central. La paralysie arsénicale a, comme toujours, été bénigne ; elle a, contrairement à la paralysie saturnine, porté surtout sur les extrémités inférieures, marchant de la périphérie au centre et s'améliorant du centre à la périphérie. Traitement : massage, exercices méthodiques dans les bains d'eaux-mères, galvanisation, injections de strychnine. P. Keraval.

LI.— **Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique de la chorée rythmique** ; par S. O. Iaroschewsky. (*Obozrénié psichiatrii.* VII. 1902.)

Observation de chorée rythmique du membre supérieur droit survenue chez une jeune fille de 20 ans, à la suite d'une décharge électrique accidentelle. Pas d'hérédité névropathique, pas d'hystérie, pas d'autres accidents pathologiques. Les nerfs de l'extrémité droite ont dû, à la suite de cette décharge, subir quelque modification moléculaire ou matérielle qui, à son tour, excitant (périodiquement) les nerfs périphériques, a provoqué les convulsions rythmiques. Mécanisme purement périphérique. Guérison par l'électrisation méthodique. P. Keraval.

LII.— **Goutte et névroses** ; par P. J. Kowalewsky. (*Centralbl, f. Nervenheilk.* XXVI. N. F. XII. 1901 XXV. N. F, XIII. 1902.)

La goutte, diathèse constitutionnelle à épisodes intermittents et disséminés, implique : prédisposition constitutionnelle héréditaire, altération pathologique des parties constituantes du sang, tendance des produits pathologiques à se déposer en différentes parties du corps. Le trouble de nutrition sous-jacent est précipité par l'ingestion de certains mets et boissons : alcools, gibiers, bœuf, viandes fortement azotées, que l'économie semble ne pouvoir oxyder suffisamment, et dont l'excès n'est pas éliminé comme il le faudrait. Causes déterminantes : surmenage physique, intellectuel, sexuel, insomnie, refroidissements. Souvent chez les tout petits enfants, on trouve du sable dans leurs langes. La goutte proprement dite s'observe de 6 à 60 ans.

Goutte de l'enfance. — Convulsions, névralgies, épistaxis, spasme de la glotte, dyspnée, battements de cœur, troubles, de l'appétit, gastralgie, incontinence d'urine, douleurs articulaires, éruptions cutanées, céphalalgies périodiques, vomissements inex-

plicables, fièvre, eczéma, impétigo, urticaire, bronchite, coryza, migraine, épilepsies, asthme (Comby). Goutte de la *puberté et de l'adolescence* : uréthrite, blennorhée, herpès préputial, catarrhe du col vésical, orchite. — Chez l'*adulte*, dermatites, eczéma, dyspepsie, dyspnée, prurit anal, asthme, hémorrhoïdes, furonculose, migraine, angine de poitrine, asthme, gastralgie, colique hépatique et néphrétique, paresse de la cogitation, amnésie, vertiges, syncopes.

Le *système nerveux* manifeste sa souffrance par l'oppression, les douleurs précordiales, les palpitations de cœur, les vertiges, tintouins, désordres mentaux variés, paresthésies, congestions et hémorrhagies cérébrales, la perversion sexuelle alternant avec des accès de goutte (Féré). L'auteur analyse la pathogénie et les formes de l'*angoisse précordiale* et de l'*angine de poitrine* dans leurs rapports avec la goutte : le trouble de la nutrition des éléments nerveux par lésion des parois artérielles y est représenté ; l'association du traitement anti-goutteux au traitement anti-nerveux s'impose.

La *migraine* goutteuse, préparée par la diminution de la quantité d'urine qui, de plus en plus acide, précipite un abondant dépôt d'urates et d'oxalates, peut être atténuée par l'ingestion à cette phase d'eaux alcalines en quantité. L'excès d'acide urique dans le sang agit de préférence sur le *locus minoris resistentiae* de l'individu. Voici par exemple une personne originellement prédisposée à la migraine autant qu'à la goutte. Prise d'un accès de colère, elle subit par action réflexe de la congestion cérébrale généralisée ; mais le choc agit à l'excès sur le bulbe moins résistant, centre des vaso-moteurs. Il en part une impulsion qui, par les ganglions sympathiques, gagne le système vasculaire de la moitié correspondante de la tête : d'où la migraine. Quatre observations à l'appui. Il faut combattre la goutte chez les migraineux simultanément goutteux.

L'*épilepsie* goutteuse comporte les mêmes réflexions. Migraine et épilepsie sont des états morbides proches parents (observation à l'appui), car toutes deux se peuvent montrer chez les membres d'une même famille, chez la même personne, et se remplacer l'une l'autre. Il est des cas où leur genèse émane d'intoxications et d'auto-intoxications en rapport aussi avec les produits du ralentissement de la nutrition goutteux (Haig, Rossi, Krainsky, Dimitropol, Caro). La prédisposition est cependant nécessaire pour combiner la goutte à l'épilepsie ; en ce cas, il convient d'associer les deux traitements. L'enfance est cause occasionnelle de l'épilepsie. Il existe aussi une épilepsie sénile en relation avec l'artério-sclérose, qui a elle-même pour facteurs : la goutte, la syphilis, l'alcoolisme, etc., etc. P. KERAVAL.

LIII.—**Névrite multiple associée à la maladie de Basedow**; par Th. Diller. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Il s'agit d'une femme de 46 ans indemne d'alcoolisme, de syphilis, de toute affection infectieuse ou toxique, qui est malade juste pendant trois mois et demi, et présente les symptômes combinés en question. Elle en meurt. Autopsie impossible. L'auteur, en raison de la rapidité de l'évolution, croit à l'action d'une toxine sécrétée par la glande thyroïde. Ainsi serait démontré que la maladie de Basedow émane d'un trouble de sécrétion de cette glande qui en outre peut occasionner une névrite multiple.

P. Keraval.

LIV.— **Lésion par arme à feu des nerfs optique et oculomoteur externe**; par S. Liass. (*Obozrénié psichiatrii* VII. 1902.)

Un mélancolique de 19 ans se tire un coup de revolver dans la tempe droite. Quelques jours plus tard, la balle apparaît sous la peau de la tempe gauche : on l'extrait. Quelques mois après, on constate : déviation de l'œil droit en dedans et un peu en haut: le malade ne peut tourner l'œil en dehors, et les mouvements du globe en bas sont limités. Rien à gauche. Les milieux des deux yeux sont transparents. Pupilles dilatées. Réactions à la lumière et l'accommodation absentes dans l'œil droit, conservées dans l'œil gauche. Cécité totale à droite, même à l'impression lumineuse. L'ophtalmoscope révèle à droite : atrophie blanche du nerf optique ; grande quantité de pigment péripapillaire, sauf aux angles supéro-externe et inféro-externe ; — à gauche une petite quantité de pigment noir, disposé de même que de l'autre côté en petites mottes, en dedans de la papille normale. Olfaction moindre par la narine droite que par la narine gauche.

P. Keraval.

LV.— **Priapisme et grosse rate ; 25 jours d'érection continue sans rémission n'ayant cédé qu'à un débridement des corps caverneux**; par MM. Haillot et Viardon (*Bull. méd.*, 1904, n° 72.)

Très intéressante observation d'un homme de 35 ans, qui consulta le médecin pour des érections durant 2 ou 3 heures tous les huit jours. L'examen méthodique découvrit une splénomégalie considérable avec diminution du nombre des globules rouges et augmentation des globules blancs. Enfin se présenta le singulier état morbide qui nécessita le débridement des corps caverneux. Des cas analogues ont déjà été cités par Parmentier. L. W.

LVI. — **La syphilis héréditaire** ; leçon de M. le Prof. Gaucher. (*Bull. méd.* 1904, n° 37.)

Très intéressant résumé des notions aujourd'hui acquises sur les dangers de la syphilis héréditaire, aussi bien dans sa forme précoce que dans sa forme tardive (Fournier). L'éminent clinicien insiste surtout sur la longue période pendant laquelle la transmission est possible et qui peut aller jusqu'à 14 ans (Barthélemy); mais il rappelle avec Fournier que bien traitée la maladie est sans danger : d'où l'utilité du traitement du « père de famille » ; et, à propos de la transmissibilité maternelle, il insiste sur la loi de Profeta. L. Wahl.

LVII. — **Lipomatose symétrique douloureuse et maladie de Dercum**; leçon de M. le Prof. Boudet (de Lyon). (*Bull. méd.*, 1904, n° 74.)

Observation d'une malade de 50 ans qui, à la suite d'une chute faite à l'âge de 33 ans, avait gardé le lit pendant trois mois puis avait eu une lésion annexielle cinq ans plus tard. Quelque temps après, elle ressentit des douleurs à la face interne des genoux, puis des tuméfactions symétriques apparurent en ces endroits ; d'autres se montrèrent d'abord aux membres inférieurs puis aux membres supérieurs. Après la ménopause, la marche de l'affection devint plus rapide. Au niveau des tuméfactions existaient des douleurs, des fourmillements paroxystiques avec sensation de décollement de la peau irradiés le long du trajet des nerfs. Enfin, des épistaxis répétées, de l'asthénie neuro-musculaire et des troubles psychiques à forme dépressive allant jusqu'à une tentative de suicide. Le professeur Boudet arrive par exclusion au diagnostic de maladie de Dercum mais d'une forme exceptionnelle; la face est atteinte (pointe du nez, région sous-maxillaire). On en ignore l'anatomie pathologique mais il est possible qu'elle soit due à une lésion des sécrétions internes de l'ovaire ou de la thyroïde. L. W.

LVIII. — **Deux cas de méningite lymphocytique dans les oreillons** ; par MM. Chauffard et Boidin. (*Bull. méd.*, 1904, n° 24.)

La méningite ourlienne est rare (Laveran); mais depuis qu'elle est pratiquée, la ponction lombaire a montré qu'il existe fréquemment dans cette infection une lymphocytose très abondante. Mais ici il s'agit de phénomènes très nets observés sur deux malades et d'ailleurs terminés par guérison. L. W.

LIX. — **Crises de convulsions après l'opération du phimosis** ; par Regnault. (*Bull. méd.*, 1904, n° 27.)

L'auteur cite des cas où dans les 24 heures qui suivent immé-

diatement l'opération du phimosis, il y a des convulsions épileptiformes qu'il attribue à une irritation de certaines branches du nerf honteux interne. Malheureusement, ses observations ne nous renseignent nullement sur l'état préalable du sujet au point de vue nerveux ni sur ses antécédents héréditaires. Elles ne nous indiquent pas non plus si ces accidents ont été le point de départ d'une épilepsie durable, comme dans les expériences de Brown-Sequard sur la section du sciatique chez le chat. L. W.

LX. — **Arthralgie hystérique ; guérison par auto-suggestion** ; par Caziot. (*Bull. méd.*, 1904, n° 64.)

Jeune soldat de 20 ans présentant divers stigmates hystériques et en particulier de l'anesthésie « en molletière », douleur du genou droit diagnostiquée rhumatisme apyrétique et traitée sans résultat par le salicylate de soude. L'auteur constate que la localisation n'est pas exactement celle du rhumatisme ; mais que la douleur est très superficielle et s'accompagne d'une vive appréhension lorsqu'on fait mine de toucher à la région. Le malade guérit très vite par les pointes de feu, la suggestion à l'état de veille : la peur d'une boiterie définitive le pousse à se servir de son membre. L. W.

LXI. — **Zona et affections banales de l'appareil digestif** par Rouyer. (*Bull. méd.*, 1904, n° 47.)

L'auteur a constaté cinq cas de zona chez des militaires de bonne santé habituelle atteints d'angine simple, d'indigestion, de diarrhée. Une série analogue a été publiée par Dopter en 1901. Le zona relèverait donc d'une infection banale. L. W.

LXII. — **Récents travaux sur l'alcoolisme**; par Hoppe. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*, XXV. N. F. XIII, 1902 ; XXVI. N. F. XIV, 1903.)

Longue revue à lire en entier : numéros de nov. 1902, fév. et mars 1903. P. Keraval.

LXIII.— **Le premier symptôme et l'importance des réflexes achilléens dans le tabes** ; par S. Goldflam. (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

Ce premier symptôme, ce sont souvent les *douleurs*, qui peuvent exister seules plus de dix ans avant que les signes objectifs (immobilité réflexe des pupilles, absence du réflexe du tendon d'Achille d'un côté, troubles de la sensibilité cutanée) assurent le diagnostic : observation à l'appui. Ces douleurs sont non seulement les premiers, mais aussi les plus constants symptômes du

tabes. Malheureusement, elles sont assez souvent défigurées : aspect rhumatoïde, sciatique, etc. Lancinantes, en éclairs, sous forme d'accès, s'exacerbant en un point circonscrit, pour changer de place à l'accès suivant, préférant maintes régions, elles s'accompagnent parfois de fièvre. Ces douleurs-types-là indiquent la sclérose des cordons postérieurs et tiennent à la dégénérescence des racines postérieures qui, pour bien des auteurs, est le point de départ de la maladie (Leyden) ; leur mécanisme réside, soit dans l'hyperémie, soit dans l'épaississement pie-mérien au lieu de pénétration des racines postérieures. (Obersteiner et Redlich). Elles alternent avec les crises gastriques et souvent troublent la nutrition du patient.

Comme le dit Babinski, le *réflexe du tendon d'Achille* a une plus grande importance que le réflexe patellaire, car il est plus souvent altéré que ce dernier, et d'ordinaire avant lui. Ses troubles peuvent faire diagnostiquer le tabes à un stade précoce, avant même l'apparition du signe de Westphal. Le réflexe achilléen a la même valeur physiologique que le réflexe patellaire.

P. Keraval.

LXIV. — Contribution casuistique à l'épilepsie syphilitique; par J. A. Feinberg. (*Neurolg. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Deux observations minutieusement analysées, dans lesquelles l'accès ne se distingue en rien de l'épilepsie fonctionnelle, soit que le syndrome ait lieu sans aucun trouble cérébral, soit que des troubles cérébraux précèdent ou suivent l'attaque. — Deux autres observations d'épilepsie jacksonienne syphilitique, également discutées avec le plus grand soin. — La question de l'origine traumatique de l'épilepsie chez un syphilitique ne laisse pas d'être embarrassante au point de vue du diagnostic. Observation à l'appui avec autopsie.

La dernière observation a trait au diagnostic différentiel de l'épilepsie alcoolique et de l'épilepsie syphilitique. Il s'agit d'un homme de 45 ans affecté des deux intoxications ; l instabilité des symptômes, la multiplicité des foyers, le résultat du traitement spécifique, décidèrent de la question, en face des stigmates organiques de l'alcoolisme. C'était une méningite gommeuse de la base. Quant à la pathogénie des accidents convulsifs, elle n'a pu être tranchée, l'intoxication alcoolique ayant introduit des éléments étrangers dans le tableau clinique de la syphilis cérébrale.

P. Keraval.

LXV. — De l'angoisse dans l'hystérie et la neurasthénie; par A. Diehl. (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

Dans la neurasthénie, l'angoisse seule torture le patient ; chez

l'hystérique il s'y joint le sentiment de la crainte. Deux observations avec longues considérations à l'appui. Les deux affections sont le théâtre de l'angoisse qui s'installe avec une idée déterminée dont elle est originaire, qu'elle a pour compagne, ou qu'elle invente peut-être seulement pour se justifier. Mais il n'y a que dans l'hystérie qu'on observe une angoisse à l'état de crainte sans objet, de pressentiment obscur, anxieux, qui ne laisse aucune trace de sa teneur, mais simplement le souvenir d'une terreur éminemment anéantissante. P. KERAVAL.

LXVI.— **Hémorrhagie traumatique à la base du crâne**; par S. LIASS. (*Obozrénie psichiatrii.* VII. 1902.)

Un paysan de 41 ans, jusque-là bien portant, tombe sur la glace et demeure privé de connaissance pendant 9 jours. D'abord hémorrhagie par le nez, par la bouche, les oreilles. Puis diabète insipide, paralysie du trijumeau, de l'oculomoteur externe, parésie de l'oculomoteur commun. de l'auditif, du glossopharyngien, atrophie de celles des fibres du nerf optique gauche qui partent du nerf optique droit. Il est supposable que la lésion a eu lieu à l'entrecroisement même, car, si tout le nerf optique droit était altéré, nous aurions une hémianopsie unilatérale gauche des deux yeux, ce qui n'est pas. L'auteur conclut à une hémorrhagie de la fosse moyenne du crâne. P. KERAVAL.

LXVII.— **De la différence de pronostic entre les paralysies des plexus et celles des tronc des nerfs du membre supérieur**; par L. BRUNS. *Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

Sur 8.500 cas d'affections nerveuses, 95 présentaient de la paralysie des nerfs périphériques individuels, 38, de la paralysie par le plexus. Pour des causes diverses, l'auteur ne retient que 47 paralysies des nerfs périphériques, et 23 paralysies par le plexus brachial d'origine traumatique, à l'exclusion des solutions de continuité directes. Du premier groupe, 31 ont guéri, 16 sont restées incurables. soit 66 % de guérisons, 34 % d'incurabilité. Pronostic extraordinairement favorable des paralysies du radial non seulement par compression, mais aussi par fracture et cal épais. Sur les 23 paralysies du plexus brachial, 6 guérisons, 17 incurabilités, soit : 26 °/₀ de guérisons, 74 d'incurabilité. Ce qui fait que *les paralysies traumatiques des troncs nerveux périphériques ont deux fois et demie plus de chances de guérir que celles des plexus nerveux.* Pourquoi ? Après avoir examiné avec soin les divers motifs plausibles, et notamment la lésion des racines nerveuses de la moelle plus voisines des plexus, l'auteur est obligé de rejeter toute explication. Il faut, conclut-il, se borner à constater que les paralysies des plexus tiennent, quant aux chances de

leur guérison, le milieu entre celles, très favorables, par lésion des nerfs périphériques, et les paralysies d'un pronostic très défavorable, dues à une affection de la moelle : à l'avenir de décider pourquoi. P. KERAVAL.

LXVIII. — **De la méningite cérébrale** ; par A. M. LIEWKOWSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Trois observations avec figures.

Dans la première, il s'agit d'un homme déjà avancé en âge, qui se plaint d'abord de faiblesse générale, de dyspnée, de sueurs nocturnes ; rien ne saurait faire soupçonner une méningite. Trois mois plus tard, le malade revient en présentant le tableau complet de cette dernière. La syphilis est niée, il n'en existe nul signe, et cependant la guérison s'effectue complètement ou peu s'en faut, par des injections de Hg et l'iodure de potassium. L'âge avancé du malade et son piètre état de nutrition faisaient craindre une issue fatale.

L'observation II concerne une méningite de la base affectant exclusivement les nerfs optiques, greffée sur la syphilis. KI et petites doses de préparations mercurielles à l'intérieur : résultats thérapeutiques satisfaisants.

OBS. III. — Jeune femme présentant les signes prodromiques de l'excitation des méninges par des tubercules dans la région motrice du cerveau. L'évolution montre que c'est une hystérique guérison complète. Méningisme.

Ces observations sont finement analysées et discutées d'après les sources bibliographiques. P. KERAVAL.

LXIX. — **La maladie de Parkinson** ; par le Pr RAYMOND. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1904.)

Leçon avec présentation de malades. Résumé et mise au point du sujet.

LXX. — **Méningite hémorrhagique subaiguë avec hydrocéphalie chez les nouveau-nés** ; par MARFAN, AVIRAGNET et DÉTOT. (*Bulletin médical*, 1904, n° 5.)

Cette affection, qui n'a pas encore été signalée, a été vue deux fois par les auteurs. Elle débuterait dans la première enfance par de la diarrhée (obs. I) ou de la fièvre : l'état général s'altère très vite et on constate de l'hypertonie musculaire qui peu à peu se transforme en attitude tétaniforme persistante. Troubles digestifs très accentués, alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements, appétit irrégulier. On constate bientôt après de l'hydrocéphalie et des phénomènes pupillaires ; les pupilles sont

modérément dilatées et égales avec perte de la réaction à la lumière. La ponction lombaire et mieux encore la ponction ventriculaire, toujours possible à cet âge, amènent une sédation passagère : le liquide céphalo-rachidien, siège d'une polynucléose intense, est plus hémorrhagique que le liquide ventriculaire : ce qui montre qu'on est en présence d'un processus extra-ventriculaire. Les deux cas se sont terminés par la mort : ils ne semblent relever ni de la syphilis ni de la tuberculose. L. WAHL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XIII.— **La chloruration de l'organisme et les névroses**; par M. CLAUDE (*Bull. méd.*, 1904, n° 51.)

La cure de déchloruration a guéri une jeune femme d'une psychasthénie avec aboulie, idées de doute, manie du serment, scrupules religieux que rien n'avait pu améliorer; deux autres malades d'asthme vrai ont bénéficié du même traitement.

L. W.

XIV.— **Sur le traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique**; par M. ROLLIN. (*Bull. méd.*, 1904, n° 39.)

Le sérum antitétanique injecté sous la peau et dans les veines est préventif, mais n'est pas curatif (Roux et Vaillard). On fut alors amené à faire des injections intra-cérébrales qui réussirent chez les animaux, mais échouèrent sur l'homme (Vallas) et enfin on expérimenta la méthode des injections intra-rachidiennes qui sur 20 cas donna 15 guérisons et 5 insuccès. Le 1er cas de guérison est dû à v. Leyden (1901). Il faut commencer par retirer 10 à 50 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien, puis on injecte très lentement 5 centim. cubes de sérum antitétanique, puis ensuite des doses croissantes. Il y a souvent un peu de lymphocytose au moment de la deuxième piqûre.

XV. — **Ergothérapie et psychothérapie**; par BIANCHINI, (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, N° 2. 1904).

Théorie psychologique sur le traitement des aliénés par les méthodes du travail, et considérations statistiques sur le mouvement des aliénés à l'asile de Girifalco (Calabre), tendant à démontrer que le travail est une méthode de traitement, la plus efficace de toutes, puisque dans l'établissement d'Italie où elle est le plus

largement appliquée (47 % de travailleurs), on note 66 % de sorties, et seulement 23 0 0 de récidives et 55 0 0 de décès, proportions beaucoup plus favorables que celles qui sont notées dans les autres asiles. A souligner cette appréciation aussi juste et probablement aussi platonique en Italie qu'en France, que les entassements de milliers de malades rendent tout traitement impossible et que la population d'un asile devrait être de 300 à 500 malades au maximum ; que l'ergothérapie constitue la base la plus naturelle et la plus simple de l'application du no-restraint et de l'open-door. R. C.

XVI. — **Observation d'empoisonnement par le véronal** ; par P. T. Hald. (*Centralblat. für Nervenheilkunde*, XXVII, NF., XV. 1904, juin.)

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui, pour se tuer, a absorbé neuf grammes de véronal d'un seul coup. Plongée dans un profond coma elle présente du râle laryngé ; de la flexion de la tête en arrière ; des convulsions tétanoïdes générales ; une éruption pemphigoïde. Cette situation dure quatre jours. Le cinquième jour, la malade est en voie de guérison. Traitement : lavage tardif de l'estomac, alimentation rectale. P. Keraval.

XVII. — **De l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie choréique** ; par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Il s'agit d'un malade atteint dès l'enfance de convulsions excessivement fréquentes en divers endroits du corps, qui graduellement avaient dégénéré en attaques d'épilepsie si intenses que le sujet ne pouvait plus se transporter d'un lieu à un autre : ces attaques suspendaient les mouvements choréiques ou les affaiblissaient.

On lui ouvre le cerveau à droite dans la région de Rolando et l'on constate, à l'appareil du Bois-Reymond, l'hyperexcitabilité de l'écorce au niveau de la partie postérieure de la deuxième frontale, et du tiers inférieur de la frontale ascendante. L'excitation de ces centres moteurs détermine les mouvements variés qui d'ordinaire précèdent chez le patient le développement de l'attaque d'épilepsie ; en cessant l'excitation, on fait cesser les mouvements choréiformes. En conséquence, on résèque de petits morceaux de substance grise en trois points de cette région de la frontale ascendante. Les résultats sont si satisfaisants que 6 semaines après on s'adresse à l'hémisphère gauche. L'examen au courant faradique démontre l'obligation d'enlever à la curette, tant sur la frontale que sur la pariétale ascendante, trois petits morceaux prélevés sur le centre de la main, et à un centimètre au-dessus, à un centimètre au-dessous de ce centre.

L'affection désormais disparaît, seulement une complication accidentelle de la plaie tue le malade.

En tout cas l'excitation de la région motrice du cerveau a chaque fois exagéré les mouvements du malade, tandis que l'ablation de petits morceaux de l'écorce a presque absolument fait disparaître les convulsions choréiques, ce qui prouve que les mouvements convulsifs permanents interparoxystiques de l'épilepsie choréique sont, comme les attaques mêmes, d'origine corticale. Quant à l'efficacité de la chirurgie sur les mouvements choréiques de cette espèce, elle est démontrée : il y aura lieu d'intervenir aussi dans les cas de chorée chronique progressive qui constituent une infirmité incurable. P. KERAVAL.

XVIII. — **Contribution au traitement diététique de l'épilepsie** ; par H. SCHNITZER. (*Neurol. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Application à 16 épileptiques hospitalisés, pour la plupart depuis de longues années, du traitement de Toulouse-Richet, modifié par Balint (*Berliner. klin. Wochenschr.* 28 1901.) Les attaques disparaissent totalement chez deux d'entre eux ; le nombre en diminue très notablement chez 10, très peu chez 2 ; en deux cas seulement le traitement demeure inactif. Dans la plupart des cas, l'intensité des attaques est ultérieurement de beaucoup affaiblie.

P. KERAVAL.

XIX. — **Le traitement des hystériques à l'hôpital** ; par DÉJERINE. (*Bull. méd.*, 1904, n° 15.)

En réponse à un article dans lequel M. Gilbert Ballet montre à nouveau l'inutilité presque absolue du traitement nosocomial des hystériques, le prof. Déjerine rappelle sa méthode d'isolement et de psychothérapie à l'état de veille qui lui a donné d'excellents résultats et qui est maintenant employée à l'étranger. L. W.

XX. — **Un cas de contracture tétanique d'origine alcoolique suivi de guérison par la morphine** ; par DELAHAYE. (*Bull. méd.*, 1904, n° 38.)

Cas intéressant surtout en raison de la difficulté du diagnostic des phénomènes tétaniformes que présenta le malade et qui s'accompagnèrent de délire. Après un échec complet du sérum antitétanique, l'auteur eut recours aux injections de morphine, aux grands bains et à l'alimentation forcée. Guérison. L. W.

XXI. — **Guérison d'une mastodynie bilatérale par la franklinisation** ; par S. M. SCHATZKY. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Il s'agit d'une femme de 32 ans qui d'abord éprouve des dou-

leurs qui lui piquent le mamelon gauche, durent une demi-heure, une heure, disparaissent et reviennent périodiquement plusieurs fois par jour. Quelques jours plus tard, le mamelon droit est aussi atteint. Au bout d'une semaine, les douleurs s'étendent à tout le sein, puis, à la face antérieure de la cage thoracique, irradient dans les épaules et les omoplates. La malade éprouve alors continuellement une sensation de compression qui, par moments, s'exaspère en picotements dans l'épaisseur du sein. Ces cruelles exaspérations primitivement provoquées par les mouvements, se montrent ensuite sous l'influence du contact des vêtements, et finalement sans cause apparente.

Complexion délicate, système nerveux finement développé, pas de tares héréditaires ou acquises. Aspect pitoyable en rapport avec les souffrances et l'appréhension. Aucun traitement n'a réussi.

La malade est placée sur un tabouret isolant et mise en communication avec le pôle négatif d'une machine de Wimshurst dont les plateaux mesurent 1 mètre de diamètre. L'autre pôle est en communication avec la terre. L'arbre est à 10 ou 12 centim. du milieu de la cage thoracique nue. Chaque séance dure 20 minutes. Les 4 premières séances ont lieu successivement chaque jour : les autres, à un jour d'intervalle.

Dès les trois à quatre premières séances l'amélioration est accusée : les exaspérations ne se montrent que rarement. Le sommeil est meilleur, les mouvements sont plus libres. La santé générale se rétablit progressivement. Guérison au bout de onze jours de séances. P. KERAVAL.

XXII.—**Action thérapeutique du radium.** (*Académie de Médecine*, séance du 26 juillet 1904.)

MM. RAYMOND et ZUMMERN rapportent quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du radium. Dans les affections purement fonctionnelles, les auteurs n'ont obtenu de bon résultats que dans un seul cas d'hystéro traumatisme avec hémianesthésie totale : mais le malade n'a pu être suivi ; on ignore si la guérison s'est maintenue. Les résultats n'ont pas été plus heureux dans un cas de paralysie faciale grave avec D R, dans un cas de sclérose en plaques avec paraplégie et dans un cas de névralgie faciale grave ; dans le tabes les résultats ont été des plus heureux, les auteurs ont pris les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur et en darticulier la suggestion inconsciente L. WAHL.

XXIII.—**A propos de l'alimentation forcée chez les aliénés par la voie buccale. — Mandrin pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne**; par M. SERRIGNY. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 8.)

Le mandrin que l'auteur conseille d'adapter aux sondes de

caoutchouc rouges employées pour l'alimentation forcée par la voie buccale est un fil d'acier d'un millimètre environ enroulé sur lui-même de façon que les tours de spire se touchent. La rigidité de ce mandrin peut être augmentée à volonté en plaçant au centre des tours de spire une tige d'acier d'un millimètre de diamètre environ. G. D.

XXIV. — **Valeur thérapeutique de la ponction lombaire ;** par BADUEL. (*Rerista critica di clinica medica*, 1904, n° 16.)

C'est dans le méningisme, les méningites séreuse et épidémique, l'hydrocéphalie secondaire, que la ponction lombaire a un effet thérapeutique utile en amenant la résorption de l'exsudat par un mécanisme analogue à celui qui amène le même résultat après la thoracentèse (Mya). D'une façon générale, les succès s'obtiennent surtout chez l'enfant. Dans l'hydrocéphalie chronique congénitale ou acquise ; l'insuccès est la règle. Dans les tumeurs cérébrales on doit procéder avec prudence, car la ponection lombaire peut occasionner la mort. Cependant dans bien des cas, c'est un palliatif de quelque valeur. Dans la méningite tuberculeuse, les résultats ne sont que transitoires, très rarement il y a guérison. Sans effet thérapeutique sur les maladies du système nerveux à évolution chronique (tabes, paralysie générale), la ponction lombaire amène quelquefois l'atténuation de certains symptômes : crises gastriques tabétiques (Debove) céphalées de la méningite syphilitique secondaire. Dans l'épilepsie, cette méthode ne donne aucun résultat. Quelques résultats heureux semblent indiquer l'emploi de cette thérapeutique dans le tétanos avec injection de sérum spécifique. Les céphalées graves de la chlorose et de l'urémie semblent être quelquefois justiciables de ce traitement de même que certaines otites moyennes.

REVUE DE MÉDECINE-LÉGALE

I. — **Définition médico-légale de l'aliéné ;** par DUPRÉ. (*Bull. méd.*, 1904, n° 13.)

L'aliéné est un sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes étranges non motivés pour ceux qui les observent, dangereux pour lui-même et pour les autres et, de ce fait, est justiciable de mesures de protection que lui assurent les lois, soit vis-à-

vis de lui-même, soit vis-à-vis de la Société. Je renvoie à l'article de mon savant Maître pour l'exposé complet de la classification qu'il propose des divers groupes d'aliénés : je ne fais qu'en indiquer ici les principes : 1re classe : agénésies, encéphalopathies congénitales ou précoces (idiotie, imbécillité, débilité mentale) : 2° démences encéphaliques, acquises : a) d'origine infectieuse, toxiques, pyrexies, alcool, oxyde de carbone, sulfure de carbone, plomb, etc... et même auto-intoxication ; — b) d'origine organique (méningo-encéphalites diffuses ou en foyer) ; c) dues aux psychonévroses (épilepsie, chorée) ; d) dues aux psychoses dégénératives, périodiques, systématisées ; 3° des déséquilibrés, délires dégénératifs permanents ou non ; a) accès maniaques ou mélancoliques des prédisposés ; b) syndromes épisodiques des dégénérés, impulsions, phobies ; c) folies du caractère, manie raisonnante, folie morale, misère psychologique, vicieux, buveurs, vagabonds ; enfin 4° les délires a) aigus, syndromes maniaques et hallucinatoires dus aux névroses, épilepsie, hystérie ou aux intoxications (alcool, fièvre) ; b) délires subaigus, confusion, onirisme, délires d'hôpital (infection, intoxication, affections viscérales : c) délires chroniques, psychoses systématisées primitives ou secondaires. Il faut distinguer, au point de vue pratique l'isolement, mesure thérapeutique, de l'internement, mesure médico administrative. La psychiatrie médico-légale étudie l'internement tant au point de vue administratif : formalités d'entrée, de sortie, de séjour des malades à l'asile qu'au point de vue judiciaire de la responsabilité pénale. Elle étudie aussi les questions qui se rattachent à la capacité civile, l'interdiction et les conseils judiciaires et celles qui sont relatives aux donations et testaments. L. W.

II. — **La séquestration des criminels aliénés** ; par G. Aschaffenburg. (*Centralblatt für Nervenheilk.*, XXV, N. F., XIII, 1902.)

Cette question touche au conflit des intérêts les plus divers et les plus opposés, ceux de la pénalité, de la sécurité publique. des asiles d'aliénés, des malades eux-mêmes. Elle est aujourd'hui aussi connue qu'insoluble.

I. — Dans son rapport, la commission nommée aux fins d'examen des mesures à prendre pour assurer l'assistance des aliénés du duché de Bade, a décidé de construire un nouvel asile près d'Heidelberg et un pavillon annexe pour 20 à 25 hommes de cette catégorie. Or le voisinage d'Heidelberg est en l'espèce tout à fait contre-indiqué. Le petit nombre de malades de ce genre serait au contraire favorable à leur dissémination dans les six asiles d'aliénés ordinaires du duché. Mais les intérêts de l'enseignement feraient désirer l'annexion d'un pavillon spécial à la prison correctionnelle de Fribourg. Puis donc qu'il existe un plan relatif à

la construction du nouvel asile dans la région d'Heidelberg, précisément à cause des besoins de l'enseignement, le plus opportun serait, s'il doit être établi une division d'aliénés criminels, de la construire dans le voisinage d'Heidelberg. Ainsi le profit qu'en pourrait retirer l'enseignement compenserait-il l'augmentation de la dépense et les difficultés mises en relief.

II. — Ce qu'il y a encore de mieux pour le malade, c'est l'assistance dans l'asile d'aliénés habituel. Mais ce n'est pas là le mode d'internement le plus convenable pour la sécurité publique. Il est impossible dans un asile de le soumettre à un régime spécial. Et la question des évasions est, de même que celle des sorties, pleine d'écueils. Il est vrai que, sur 281 aliénés criminels traités à la clinique d'Heidelberg, dont 45 anciens détenus et 33 vagabonds ayant subi au moins 9 condamnations, au plus 108 (moyenne 32), un seul s'est montré réfractaire à la règle : tous les autres ont été inoffensifs et, qui plus est, ont travaillé avec la plus parfaite assiduité, sans trahir la confiance que l'on a eue en eux.

Malgré cela, la question de la sécurité publique s'impose. La question de la sortie n'est pas moins inquiétante, parce que, au dehors, ce genre d'aliénés ne rencontre plus les conditions de l'asile, tant s'en faut. De là les circulaires ministérielles à l'égard de la procédure concernant les sorties des aliénés dangereux des asiles publics d'aliénés, des 15 juin 1901, 16 décembre 1901, 6 janvier 1902. Ces sorties envisagent au surplus généralement des améliorations.

Il serait à souhaiter que l'aliéniste, dans son rapport, explique les raisons en faveur de la sortie, et détaille également les mesures qu'il propose tant dans l'intérêt du malade que des devoirs de la justice criminelle. Les ordonnances ministérielles prescrivent formellement l'intervention et de l'administration et du parquet. L'expérience montrera les résultats de ces prescriptions, et à qui il faudra imputer la faute des difficultés, s'il en surgit. Celles-ci pourront être évitées par le concours conciliant des représentants de la justice et de la psychiatrie, s'ils s'efforcent de tenir compte des manières de voir qu'impose à chacun d'eux sa mission spéciale.

P. KERAVAL.

III. — **De l'examen psycho-expérimental des criminels** ; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1902.)

L'auteur préconise l'examen expérimental des réactions sensibles, de la mémoire, de l'association des idées, des conceptions morales, de la réflexion, de l'attention etc.., en un mot des phénomènes de la vie mentale constitutifs de la psychologie individuelle. On comparerait les éléments recueillis chez les criminels avec les mêmes éléments recueillis chez les gens normaux et

honnêtes. Mais il ne faudrait pas croire que les idées morales justes coïncident nécessairement avec une morale éprouvée, la criminalité se pouvant greffer sur des troubles de la sensibilité, et de la volonté, et non sur des altérations du jugement moral et de la sphère intellectuelle. L'examen en question devrait être complété par l'examen détaillé de l'état physique. C'est un plan d'examen des criminels à élaborer. P. Keraval.

CORRESPONDANCE

Asile départemental du Doubs.

Mon cher Collègue,

L'asile départemental du Doubs, dont je suis médecin en chef depuis 1887, n'est pas, à proprement parler, un asile d'aliénés : c'est surtout un asile de vieillards et d'infirmes des deux sexes, avec infirmeries d'hommes et de femmes, et un important service annexe où sont reçus, à titre définitif ou plus ou moins définitif, les nerveux chroniques considérés comme incurables (épileptiques, hystériques, et hystéro-épileptiques, les hémiplégiques, paraplégiques, ataxiques, etc., etc.), et, à titre temporaire, pour y subir une période d'observation, les aliénés du département du Doubs à interner d'office à l'asile de Dôle (Saint-Ylie, Jura).

Le temps de mise en observation des aliénés varie de 4 à 5 à 15, 20 et 30 jours. Au bout de ce temps, je conclus, soit à l'envoi de l'aliéné à l'asile de Dôle, soit, en cas d'amélioration (alcooliques principalement) à sa libération et à son renvoi dans sa famille, soit enfin, en cas de folie tranquille, ne réclamant plus de traitement spécial (paralytiques généraux à la période démentielle ou pré-démentielle, déments séniles, etc.), au maintien de l'aliéné à l'asile comme pensionnaire. Je reçois ainsi, annuellement, 115 à 130 aliénés, sur lesquels 80 % sont expédiés à Dôle, 12 à 15 % rendus à la vie commune et 5 à 8 % retenus comme pensionnaires à l'asile.

Le total des pensionnaires ou passagers à l'asile varie de 420 à 430 en été, à 480 à 500 en hiver. Dans ce chiffre, il faut compter les hospitalisés des services de maladies de la peau et de maladies vénériennes, dont est chargé le médecin-adjoint, et de la Maternité (bâtiment séparé), avec son médecin et son médecin-adjoint, ses élèves sages-femmes, etc. Je fais la chirurgie *courante*, et j'envoie à l'hôpital Saint-Jacques de Besançon les cas réclamant de grandes opérations (laparotomie, etc.).

Nous avons un interne, recruté au concours parmi les étudiants de l'Ecole de médecine de Besançon, en même temps et au même concours que les internes de l'hôpital Saint-Jacques. J'assiste au concours comme médecin en chef, et les 5 internes admis se relayent de 3 en 3 mois à l'asile départemental et dans les différents services de l'hôpital Saint-Jacques.

En somme : 1 médecin chef avec les infirmeries de vieillards, les maladies nerveuses chroniques et les maladies mentales ; — 1 médecin-adjoint avec les cutanés et vénériens des deux sexes et une ou deux salles de pensionnaires, vieillards infirmes ; — 1 médecin-professeur et 1 médecin-adjoint à la Maternité, assistés d'une maîtresse sage-femme.

Les divers services généraux (cuisine, dépense, lingerie, etc.), ainsi que la surveillance, cheflerie des salles est assurée par 17 religieuses de Saint-Vincent-de-Paul (sœurs grises, ordre dissident, dont la maison mère est à Besançon). Les sœurs des deux services de maladies nerveuses et mentales (hommes et femmes) ont passé par l'asile d'aliénés des Chartreux, de Dijon, et sont bien stylées. Chacune d'elles a sous ses ordres 2 infirmiers ou infirmières en titre et 2 infirmiers ou infirmières adjoints pris parmi les malades les moins malades et les plus intelligents. Chaque sœur reçoit un traitement de 200 francs *par an*, et l'habillement est à sa charge : la nourriture, le logement, le blanchissage, etc., bien entendu, au compte de l'asile. Les infirmiers et infirmières sont défrayés, logent à l'asile, dans les salles des malades et touchent de 20 à 25 et 30 francs par mois selon leur ancienneté ; les infirmiers et infirmières adjointes, ont, par rapport aux autres malades, un supplément de nourriture et de vin, et touchent 5 fr. par mois.

Le Directeur de l'asile (logement et 3000 fr. par an) est assisté d'un économe (2400), d'un receveur (2000) et d'un surveillant général (logé et nourri, avec 60 fr. par mois). Le médecin chef touche 1500 fr. par an (depuis 2 ans) et le médecin-adjoint, 900 fr.)

Les internes touchent 50 fr. par mois.

Le personnel est à peu près suffisant.

Le prix de revient moyen journalier des hospitalisés varie de 1 fr. à 1 fr. 25 et 1 fr. 50 selon les catégories. Mais 75 % ne payent que 1 fr. par jour (!). Et cependant, la nourriture est suffisante, saine et assez bien préparée.

Je garde le moins longtemps possible les enfants idiots ou épileptiques, l'asile étant construit en pleine ville, sans cours spacieuses, ni jardins, avec grands bâtiments à 3 étages : lorsque je pris le service, en 1887, j'assistai à de tels désastres par tuberculisation que je m'empressai d'obtenir de la Préfecture que ce service, en tant que service fixe, permanent, fût supprimé.

J'aurai l'honneur de vous faire adresser, d'autre part, le rapport du Directeur au Conseil général pour 1903.

D[r] BAUDIN.

BIBLIOGRAPHIE

IV. — *Rapport du directeur médecin* (D[r] CULLERE) *de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon* (Vendée) *sur l'exercice* 1903. La Roche-sur-Yon, Servant-Mahaud, imprimeur, 1904.

Au 31 décembre 1903, la population était de 580 (276 H. et 304 F.). Admissions en 1903, 146, plus élevées qu'en 1902 (138), ce sont les malades dont la folie remonte à deux ans et au-dessus qui fournissent, *comme toujours*, le moins de sorties. Ce sont les mois de printemps qui ont donné le plus d'admissions (36 sur 123). — Comparé à la population moyenne, représentée par le chiffre 590,09, le rapport des guérisons est de 9,34 %. La grande majorité des guérisons est obtenue dans les six mois du traitement. Les *décès* ont été de 70 (H. 34, F. 36), dont onze par *tuberculose*.

Total général des *recettes* en 1903...	339.259 fr. 88
— — *dépenses*.........	288.799 fr. 25
Excédent des recettes..............	50.460 fr. 63

M. le D[r] Cullerre insiste avec raison sur la nécessité de la création d'*infirmeries*. « Il ne s'agit pas, dit-il, de créer des places quelconques dans l'unique but d'agrandir l'établissement, mais bien des places affectées à un besoin spécial : le traitement, dans un local séparé, des maladies incidentes et l'isolement des affections contagieuses, deux choses impossibles à l'heure actuelle, en dépit de l'hygiène, des données les plus élémentaires de la science médicale et des circulaires ministérielles. »

M. le D[r] Cullerre, depuis plusieurs années, s'est intéressé tout particulièrement à la question de l'assistance, du traitement et de l'éducation des enfants idiots. Nous prions nos lecteurs de se rapporter à la p. 287 où ils trouveront les nouveaux renseignements qu'il a bien voulu nous transmettre sur cette question.

V. — *Sur la paralysie progressive. Etude statistico-clinique* ; par FUNAIOLI (de Sienne).

L'auteur commence par une préface où il explique que malgré

les progrès cliniques et anatomo-pathologiques faits dans l'étude de la *Paralysie générale*, il y a encore bien des points obscurs. Sans chercher à les élucider, il donnera une étude détaillée des cas observés par lui pendant douze ans, afin qu'ils puissent, dans la mesure du possible, aider à une connaissance plus complète de cette affection. En douze ans (1886-1897), la proportion moyenne des paralytiques généraux entrés à l'asile a été de 9,6 °/₀ pour les hommes et de 3,5 °/₀ pour les femmes. Viennent ensuite des considérations statistiques locales sur la région et sur la proportion de paralytiques généraux fournies par les villes voisines, Sienne et Livourne en particulier. Le maximum de fréquence est de 30 à 49 ans. Il y a 69 °/₀ de malades mariés, 30 °/₀ de manœuvres, et 43 °/₀ n'ayant aucune instruction.

Sans nier la grande influence de la syphilis dans les antécédents, l'auteur attribue une part beaucoup plus grande, à l'alcoolisme qui jouerait un grand rôle aussi bien dans la genèse des accidents qu'au point de vue de l'hérédité. C'est surtout la forme commune que l'on observe, puis viennent la forme démente et la forme aiguë. La mort survient le plus souvent par congestion cérébrale.

Dans un second chapitre, l'auteur rapporte 27 observations détaillées minutieusement, portant sur les formes démente et commune, montrant soit l'action isolée de la syphilis ou de l'alcoolisme, soit la réunion de ces deux facteurs. Il étudie également les urines des malades, et les stigmates de dégénérescence (l'asymétrie crânio-faciale serait assez fréquente). Enfin, M. Funaioli termine par quelques considérations anatomo-pathologiques et thérapeutiques : il confirme les résultats antérieurs en insistant sur la consistance des lésions d'endo et de péri-artérite, la lésion vasculaire étant le point de départ de la lésion du système nerveux. Quant au traitement en dehors des indications palliatives, il se résume dans une bonne hygiène, une vie tranquille et calme.

A. Barbé.

VI.—*Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication* ; par Roger Dupouy. (Thèse de Paris, J. Rousset, 1904.)

C'est l'interne même du service de l'admission, à Sainte-Anne, qui maintenant ne se contente plus du dogme intangible de la dégénérescence mentale, établi par son maître Magnan, et qui, ayant reconnu, une fois pour toutes, et avec tous les auteurs, que, *pour faire de la folie, il faut y être prédisposé*, cherche, par-delà cette hérédité générale et inéluctable, les causes, plus prochaines et plus efficacement combattues, des psychoses puerpérales.

Adoptant donc la thèse qu'à la base de tout psychose il existe, en outre de la prédisposition, facteur nécessaire, une cause occasionnelle non moins nécessaire, et pensant, d'autre part, que les troubles mentaux présentés par la femme aux diverses pé-

riodes de la puerpéralité (grossesse, accouchement, lactation) peuvent se traduire en un tableau clinique identique, développé sous l'influence de causes analogues, Dupouy divise les psychoses puerpérales en trois grandes classes étiologiques : 1° les troubles par *épuisement*; 2° les troubles par *infection* ; 3° les troubles par *auto-intoxication*.

1° *Psychoses puerpérales par épuisement.* — L'épuisement de la femme peut relever de causes diverses : état anémique existant antérieurement à la grossesse et aggravé par elle, subintrance des grossesses et des allaitements au milieu de conditions hygiéniques défectueuses, hémorrhagies graves, lactation prolongée chez une nourrice déjà affaiblie, etc. Chez certaines femmes, l'épuisement n'apparaît plus seulement comme une cause prédisposante, favorisant l'infection ou l'intoxication, mais comme facteur unique agissant par anémie, dénutrition, asthénie psycho-nerveuse, etc., et déterminant des manifestations mentales semblables à celles des autres psychoses par épuisement (anémie pernicieuse, chlorose, neurasthénie, etc.) ou des psychoses par intoxication (confusion mentale, délire hallucinatoire, etc.) D'ailleurs, au point de vue pathogénique, les psychoses par épuisement ne sont que des psychoses par auto-intoxication.

2° *Psychoses puerpérales par infection.* — Comme toute infection aiguë ou chronique (pneumonie, fièvre typhoïde, tuberculose, rhumatisme, syphilis, etc., etc.), l'infection puerpérale peut chez un sujet prédisposé, créer du délire. Les lésions infectieuses de l'appareil génital, graves ou bénignes, aiguës ou chroniques, sont extrêmement fréquentes chez les puerpérales délirantes (Picqué, Privat de Fortunié, etc.) ; mais l'infection localisée, insidieuse et minime, passe facilement inaperçue de l'observateur uniquement préoccupé de la recherche des tares cérébrales dégénératives.

Comme les psychoses par épuisement, les psychoses par infection agissent le plus souvent par auto-intoxication au moyen des toxines élaborées par les agents microbiens en cause. Les formes aiguës revêtent habituellement l'aspect de la confusion mentale hallucinatoire aiguë avec excitation (ancienne manie puerpérale) ; les formes chroniques prendront plutôt le type de la dépression mélancolique, de la confusion mentale avec stupeur.

3° *Psychoses puerpérales par auto-intoxication.* — La puerpérale est soumise parfois à de multiples causes d'auto-intoxication, et chacune de ces causes est susceptible, par son action propre et sans le secours de la puerpéralité, d'occasionner des troubles mentaux, qui sont la conséquence directe des perturbations physiques de la femme enceinte, de la parturiente ou de la nourrice.

L'auto-intoxication intestinale ou hépatique, l'éclampsie, la dysthyroïdation, et surtout l'insuffisance ovarienne sont les facteurs importants des psychoses de la puerpéralité. L'émotion, la douleur, la fatigue de l'accouchement, interviennent seulement comme causes accessoires et occasionnelles.

La pathogénie des psychoses puerpérales est, pour ainsi dire, univoque et consiste essentiellement en une auto-intoxication ; or, *tous les délires toxiques se ressemblent*, quelle que soit leur origine exogène (alcoolisme, etc.) ou endogène (insuffisance hépatique, urémie, etc.). Toutefois, on peut tenter d'établir une classification de ces délires et distinguer : 1° suivant l'intensité du processus auto toxique, des *formes graves* (délire septicémique avec agitation désordonnée et hallucinations ; délire éclamptique ; délire de collapsus par épuisement suraigu post-hémorrhaque) et des *formes légères* (délire polymorphe des dégénérés, obsessions, *envies* des femmes enceintes) ; 2° suivant l'évolution du processus auto-toxique, des *formes aiguës* (excitation maniaque pure ou hallucinatoire) et des *formes chroniques* (dépression mélancolique, démence) ; 3° suivant les qualités physiques et morales du terrain (excitation maniaque, surtout chez les sujets jeunes et tarés, etc.) ; 4° suivant l'origine du poison (la puerpéralité engage le délire dans la voie de l'obcénité et de la génitalité, etc.).

Il résulte de tout ceci que la folie puerpérale ne nous apparaît plus comme une entité morbide, mais doit rentrer tout entière dans le cadre des psychoses toxi-infectieuses ; sa seule particularité est d'être liée intimement aux processus de la puerpéralité.

L'évolution des psychoses puerpérales varie beaucoup avec les différents éléments étudiés ci-dessus. Le pronostic vital dépend de l'intensité des troubles physiques ; le pronostic mental, surtout de leur durée et de l'état du terrain. Puisqu'il y a auto-intoxication dans toute psychose puerpérale, on s'efforcera d'abord, par un traitement prophylactique convenable, d'écarter toute cause de toxémie; plus tard, outre le traitement anti-toxique général (diète lactée, purgatifs, lavages d'estomac, diurétiques, etc.), on appliquera le traitement convenable à chaque variété d'intoxication (puerpérale, hépatique, rénale, thyroïdienne, ovarienne.

Pierre Roy.

VARIA

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

La folie d'une mère. — Boulevard de Belleville, à quelques pas

de la rue des Couronnes, est situé l'hôtel des « Enfants de Paris » où M. Nadaud, commissaire de police du quartier de la Folie-Méricourt, est venu mettre fin à l'épouvantable martyre que subissaient *depuis de longs mois* deux pauvres enfants, deux fillettes, la petite Eugénie, âgée de trois ans, et sa sœur Adeline, un bébé de onze mois, odieusement brutalisées par leur mère, la femme Léontine Petit. C'est sur la dénonciation des voisins que la justice a été mise au courant des faits qui ont motivé son intervention. La femme Petit a été aussitôt arrêtée et les enfants ont été confiés aux soins de l'Assistance publique.

M. Nadaud a envoyé cette *folle dangereuse* à l'infirmerie du Dépôt d'où elle sera dirigée sur un asile d'aliénés. (L'*Aurore*, 26 février 1905.)

Le *Semeur de l'Oise* du 22 février raconte qu'on a trouvé en forêt, aux environs de Brunvillers-la-Motte, un vieillard transi de froid qui a succombé peu après. C'était un « rentier, » âgé de 66 ans, disparu depuis plusieurs jours de chez lui, et *qui avait l'esprit dérangé*. Encore un fait qui montre la nécessité d'hospitaliser les aliénés quand des soins intelligents ne peuvent leur être donnés à domicile.

Folle brûlée. — En allumant du feu, une pauvre folle, la veuve Fays, 52 ans, habitant Digny (Eure-et-Loir), est tombée dans son foyer et a mis le feu à ses vêtements. La malheureuse, environnée de flammes, put néanmoins se relever et sortir en poussant des cris déchirants ; mais quelques pas plus loin elle s'affaissa. Ses voisins accoururent à ses apppels ; mais lorsqu'ils arrivèrent la malheureuse rendait le dernier soupir. Son corps était carbonisé. La pauvre folle devait être *prochainement internée*. (*Bonhomme Normand*, 8 février 1905).

D'où la nécessité, de la part des maires et des préfets de hâter le placement des aliénés. Par malheur, trop souvent, les intérêts financiers l'emportent sur les sentiments d'humanité.

FAITS DIVERS

ASILE D'ALIÉNÉS DE CLERMONT (Oise) : *Suicide d'une ex-pensionnaire de l'asile*. — Une ménagère, Mme Marie Véjus, née Voyer, âgée de trente-cinq ans, s'est pendue dans sa chambre à coucher à Feucherolles, sous les yeux de sa jeune enfant, et, malgré la prompte intervention de son mari, n'a pu être rappelée à la vie. La malheureuse femme, qui avait déjà été internée à l'Asile de Clermont, ne jouissait pas de toutes ses facultés.

Ce fait, emprunté au *Semeur de l'Oise*, montre combien est difficile le rôle du médecin d'asile et pourquoi il hésite souvent quand il s'agit de signer la sortie des malades. Il montre aussi l'impérieux devoir qui s'impose aux familles de surveiller rigoureusement les malades qu'on leur a rendus.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, *Maladies mentales et nerveuses*. — M. le Dr J. VOISIN, le jeudi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE : *Maladies mentales ou nerveuses des enfants*. — Consultations pour les enfants indigents, le jeudi à 9 h. 1/2. Visite complète du service, présentation de malades et de pièces anatomiques, le *samedi* à 9 h. 1/2 très précises.

MÉDECINS MINISTRES. — Le ministère actuel comprend trois médecins. MM. Dubief, Gauthier (de l'Aude) et Merlou. On sait que M. le Dr Dubief a appartenu comme directeur aux asiles et qu'il est l'auteur de deux rapports sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin sur les aliénés.

UNE DOCTORESSE NOMMÉE MÉDECIN EN CHEF D'UN ASILE D'ALIÉNÉS. — La *Revista Frenopatica Espanola* de février dernier annonce que Mme la doctoresse Jessio B. HOUTER a été nommée médecin en chef de l'asile de Bracebridge (Angleterre). Auparavant, elle était chargée du service médical dans l'asile privé de Lincoln. Elle a eu la préférence sur 15 médecins qui briguaient la place.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr BABINSKI, médecin de la Pitié, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. Vives félicitations à notre ami.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le n° 1 de la seconde année d'un nouveau journal médical tchèque intitulé : *Revue de la Neurologie, de la Psychiatrie et de la Thérapie psychique et diététique*, rédigé par le Dr Lad HASKOVEC (Prague, Perlovd, ut. 9.). La revue publiera des articles originaux avec un résumé, en français, des analyses des travaux de la Neurologie, de la psychiatrie et de la thérapie physique et diététique, un feuilleton, littéraire, échos et annonces divers, et un index bibliographique. Nous sommes d'autant plus heureux de signaler l'apparition de cette Revue que le Dr Haskovec nous fait la gracieuseté de publier un résumé *en français* des mémoires originaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre collaborateur, le Dr P. GARNIER. Nous donnerons dans le prochain numéro sa biographie et la relation de ses obsèques.

— M. le Dr BÉCOULET, médecin directeur honoraire des asiles publics d'aliénés, est décédé le 3 juin 1904 dans sa 66e année. Il

avait été successivement interne à l'asile de Bailleul, médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre, médecin en chef à l'asile de Maréville, enfin médecin directeur de l'asile de Dôle. Il a contribué puissamment à la construction et à l'organisation de l'asile Saint-Ylie, qui a heureusement remplacé le vieil asile. On lui doit, entre autres, les travaux suivants : *Quelques considérations sur l'emploi de l'opium dans la manie.* (Thèse, Strasbourg, 1866) ; — *Emploi du bromure de potassium dans la folie épileptique.* — *Cas de cysticerque du cerveau.* — *Note sur la lypémanie et la stupidité ;* — *Du no-restraint*, etc.

Un sale traitement de l'épilepsie. — Le *Journal de médecine de Paris* du 19 février consacre son feuilleton aux « *Médicaments oubliés* ; l'*urine et la fiente humaine.* Nous y relevons ce passage : « D'autres auteurs prétendent aussi que le *méconium*, qui est la première déjection que font les enfants après leur naissance,étant désséché et pulvérisé, *guérit l'épilepsie* si on le prend intérieurement quelques jours de suite. »

Hygiène de l'enfance. Cause évitable du strabisme.— Mme Rev.... 26 ans, présente du strabisme convergent à un degré assez prononcé, mais moins qu'avant une opération qui lui a été faite à 13 ans. *Elle affirme n'avoir jamais eu de convulsions.* Elle attribue son strabisme à ce qu'elle fixait, étant tout enfant, une *poupée* que sa mère avait attachée à la flèche de son berceau afin de l'amuser pendant qu'elle travaillait. Personne ne louche dans sa famille. Le même accident se produit dans d'autres circonstances. En tout cas, le mode d'amusement ci-dessus est à déconseiller.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bessière. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de l'Eure* pour 1903. In-4° de 44 pages, Imp. Bouvart, Evreux.

Biaute. — *Rapport médical sur le quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes* pour 1903. In-8° de 16 pages. Imp. Mellinet à Nantes.

Meilhon. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Quimper* pour 1903. In-8° de 30 pages. Imp. Jaouen à Quimper.

Pain. — *Rapport médical et administratif sur l'asile de la Roche-Gandon* pour l'année 1903. In-4° de 20 pages.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XIX Mai 1905 N° 113

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Sur l'amblyopie hystérique monoculaire et sa disparition dans la vision binoculaire (à propos d'un nouveau cas) ;

PAR LE Dr R. CRUCHET,
Chef de Clinique à l'Université de Bordeaux.

Depuis les travaux de Parinaud, Charcot, Pitres, Bernheim, Pierre Janet, les particularités cliniques de *l'amblyopie hystérique*, surtout monoculaire, sont bien connues. Cependant, à étudier les faits de près, il semble que l'on peut aller plus loin encore dans l'analyse de ces phénomènes si curieux. En 1901, à l'occasion d'un cas d'amaurose hystérique chez une fillette de 12 ans (1), nous avons essayé, par une série d'expériences et d'observations, de suivre pas à pas les transformations de cette amaurose ; nous sommes arrivé ainsi à considérer, dans sa marche, plusieurs étapes successives : d'abord, *a*) complète (stade amaurose,) avec *abolition de la vision binoculaire*, elle devient *b*) incomplète (stade amblyopie) et se caractérise alors : soit par une *vision monoculaire alternante* ou *simultanée*, soit par une *vision binoculaire dissociée*, c'est-à-dire où le fusionnement des images existe pour certaines images et pas pour d'autres, soit par une *vision binoculaire* existant réellement, mais qui, essentiellement *temporaire*, ne dépasse pas le moment de l'expérience ; enfin *c*) dans une troisième étape (stade guérison), l'amblyopie disparaît complètement à son tour, et la *vision binoculaire*, d'intermittente et passa-

(1) *Archives de neurologie*, 1901 n° 69.

gère, devient *constante*, correspondant ainsi à l'état normal de la vision.

Une autre fillette, atteinte d'amblyopie hystérique, fut mise dernièrement à notre disposition par nos amis, les professeurs agrégés Cabannes et Abadie, que nous tenons à remercier de leur aimable obligeance. A cette occasion, afin de contrôler nos idées antérieures, nous avons repris la question, et c'est le résultat de ces nouvelles recherches dont nous allons nous occuper ici.

Nous les diviserons en trois chapitres. Dans le premier, nous montrerons, à l'aide des expériences classiques, que la vision binoculaire existe indiscutablement, malgré l'amblyopie intense de l'œil malade. Dans le deuxième, nous indiquerons, avec expériences à l'appui, que la vision de l'œil amblyope existe sous certaines conditions, pour son propre compte, et normalement, en dehors de la vision binoculaire. Dans le troisième, enfin, nous montrerons que la cause de l'amblyopie paraît due à la fermeture de la paupière de l'œil sain, agissant comme interceptrice des rayons lumineux.



Voici auparavant l'observation, résumée, pour tout ce qui n'intéresse pas directement l'amblyopie.

Observation. — Valentine M., âgée de 14 ans 1/2, entre à l'hôpital des enfants, service de M. le professeur Moussous, le 14 janvier 1905, pour une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle avec amblyopie du même côté.

Antécédents héréditaires : La mère, âgée de 44 ans, est une femme active, vive, d'intelligence moyenne, qui n'a pas eu d'autre maladie grave qu'une fièvre typhoïde (?) à l'âge de 3 ans. Elle est très nerveuse, mais prétend qu'elle l'est surtout devenue à la suite des mauvais traitements que lui a fait subir son mari pendant 15 ans. — Elle a eu cinq grossesses, dont une terminée avant terme (avortement à 2 mois 1/2) ; les autres ont évolué normalement, mais sur 4 enfants, deux sont morts l'un à dix ans (de tuberculose), l'autre 20 jours après la naissance (de tétanos des nouveau-nés) ; deux sont en vie : un garçon, l'aîné, qui a 23 ans, est marié, bien portant, mais de caractère vif et emporté : il n'aurait jamais eu de crises convulsives ; et une fille, qui est la malade.

Le père, cordonnier, est mort en 1897, à 35 ans, dans un accès de délirium tremens. Joueur, buveur et débauché, il s'est montré particulièrement agité à partir de 1888, battant continuellement et menaçant de tuer à diverses reprises sa femme et ses enfants, écroué plusieurs fois, interné même pendant trois ans à l'asile de Cadillac.

Antécédents personnels. — L'enfant, venue au monde dans de bonnes conditions, nourrie au sein jusqu'à 18 mois, a parlé et marché en temps normal. Broncho-pneumonie grave à 3 mois; pas de gastro-entérite. Jamais de convulsions jusqu'à 4 ans. A partir de cet âge, jusqu'à 6 ans, elle avait une telle frayeur de son père, qui la maltraitait sans cesse, que la vue de ce dernier, sa voix, même le mot de « papa » provoquaient chez elle une crise de tremblement généralisé : elle devenait pâle subitement et tombait à terre sans connaissance ; la crise durait quelques minutes et n'était pas suivie de sommeil; pas d'incontinence d'urine ou des matières. Cauchemars nocturnes. A 7 ans, après la mort du père, les crises ont complètement cessé, mais elle a continué à éprouver des cauchemars nocturnes.

Rougeole à 6 ans, coqueluche à 9 ans. Enfant toujours anémique et même suspecte de tuberculose à partir de 7 ans, âge qu'elle avait quand son frère mourut de bacillose : elle a été depuis envoyée quatre fois à Arcachon à 8, 10, 12 et 13 ans avec la colonie scolaire de vacances.

Histoire de la maladie. — Il y a un an et demi, le 16 août 1903, étant à Arcachon depuis 12 jours, elle se promenait, vers 10 h. du matin, par un soleil brûlant, sur le boulevard de la Plage, avec ses petites amies de la colonie scolaire, allant vers l'aquarium, lorsque brusquement, sans raison, sans avoir été contrariée en aucune façon, elle ressent dans l'œil droit une douleur vive, comme si elle avait reçu un grain de sable ; l'œil lui pique, se trouble, pleure. Elle continue néanmoins à marcher, mais elle se frotte l'œil qui continue à lui piquer et à pleurer abondamment. Ses petites amies lui disent que son œil est tout rouge. — Elle visite néanmoins l'aquarium ; on revient déjeuner à 11 h. 1/2 ; l'après-midi on retourne à la plage vers 3 h. comme les autres jours; et l'œil qui, à l'ombre et pendant le déjeuner, ne lui faisait plus mal, recommence à lui piquer avec l'air vif et le soleil ardent; cependant, elle court, s'amuse, regarde les bateaux sur le bassin d'Arcachon. Ce n'est qu'en rentrant, vers 5 heures, que les maîtresses remarquent l'œil, très rouge, de l'enfant. On le lui fait laver avec une infusion de camomille. — Elle dîne à 7 heures, se couche à 9 heures comme à l'habitude et s'endort parfaitement. Elle n'avait pas souffert de céphalée de toute cette journée.

Le médecin qui la voit le lendemain lui dit de ne pas se baigner

et ordonne des lotions de l'œil matin et soir. Cet état demeure à peu près identique pendant les jours qui suivent : le soleil, le vent lui font mal, mais elle ne prend aucune précaution.

Sa mère vient à Arcachon le 20 août : elle constate que l'œil droit est « comme du sang » : toute la région cutanée circonvoisine, la joue surtout, est irritée, rouge.

Etat stationnaire jusqu'à la fin du séjour à Arcachon. L'enfant se plaint en plus de mal de tête, surtout localisé au niveau de la tempe et du front à droite. Elle rentre à Bordeaux le 3 ou 4 septembre. Sa mère constate alors les mêmes signes que le 20 août : mais *l'œil gauche* est un peu rouge également, et la joue droite est un peu plus enflammée. L'enfant est purgée. Etat identique. La céphalée est cependant moins marquée.

Valentine est conduite à l'hôpital des Enfants le 1er octobre 1903. Le professeur agrégé Cabannes constate alors une kératite phlycténulaire pour laquelle il prescrit un traitement approprié (en particulier, instillations d'atropine). Pendant les huit premiers jours on ne note aucune amélioration. Puis dans les huit jours suivants elle souffre beaucoup : céphalée intense, localisée à droite et en avant, avec irradiations douloureuses dans l'œil, et aussi dans la joue (mais moins fortes). Les douleurs existent surtout la nuit et sont tellement vives que l'enfant ne peut rester étendue et pousse des cris continuels. Impossibilité de voir le jour ; photophobie extrême. On lui prescrit des lunettes à verres fumés presque noirs. Même la nuit, la simple clarté d'une bougie lui fatigue la vue à tel point qu'elle ne peut se guider dans la chambre où elle couche qu'en utilisant ses lunettes. Elle ne se trouve bien que dans l'obscurité complète. Pas de vomissements, ni de constipation, mais nausées, et inappétence. Cependant, au bout de 8 jours, l'œil droit présente une légère amélioration ; il est moins rouge. Quant à l'œil gauche, sa rougeur a complètement disparu.

Dans la semaine qui suit, les phénomènes aigus s'atténuent encore. On en profite pour cautériser la conjonctive droite avec un crayon de sulfate de cuivre. Dès ce moment, la kératite est guérie, mais les troubles fonctionnels persistent : l'enfant n'y voit pas très bien, à cause, dit-elle, des douleurs qu'elle éprouve. Chaque fois qu'elle lit, l'œil lui pique, elle ne peut fixer un objet quelconque sans qu'il pleure. Cependant elle lit très nettement, si elle sèche ses larmes.

Le 1er novembre l'œil droit n'est plus rouge, mais il pleure constamment. Au début de décembre, l'œil redevient rouge, mais pour quelques jours seulement.

Fin décembre, l'enfant souffre toujours du côté droit de la tête : de plus elle y voit double, mais de façon intermittente : afin de faire cesser ce phénomène, elle ferme tantôt un œil, tantôt l'autre ;

et elle constate que selon l'œil avec lequel elle regarde, elle voit les objets de grandeur différente ; elle remarque que, vus avec l'œil droit, les objets sont plus petits et plus lointains ; elle n'a pas noté de différence pour les couleurs. — Dans la marche, de jour, elle peut se conduire aisément ; mais dès qu'arrive la nuit, la diplopie augmente, la vue elle-même, surtout à droite, se trouble et un guide devient indispensable pour conduire l'enfant.

A partir de janvier 1904, on lui donne des bains salés. Dans le courant de février, la diplopie a presque disparu. Valentine marche seule dans la rue, de jour comme de nuit, sans le secours de personne.

En mars 1904, le docteur Cabannes constate que la pupille droite est dilatée. En cherchant la cause de cette mydriase, M. Cabannes découvre de l'amblyopie droite : dans la détermination de l'acuité visuelle droite, il remarque, l'œil gauche étant fermé, que l'enfant ne distingue tout d'abord aucune des lettres de l'échelle de Snellen, même les plus grandes ; ce n'est qu'au bout de quelques instants que Valentine finit par déchiffrer les quatre ou cinq premières lignes de l'échelle ; mais ces lettres sont plus petites que si elle les lit les deux yeux ouverts, ou au moyen de l'œil gauche seul. Toutefois, si l'amblyopie, aussi bien que la mydriase, sont indiscutables, M. Cabannes, malgré un examen approfondi de tout l'appareil oculaire, ne trouve aucune raison organique susceptible de les expliquer ; et il se demande si la malade ou sa mère n'ont pas instillé dans l'œil quelques gouttes de la solution d'atropine prescrite par lui quelques mois auparavant ; mais les deux femmes nient le fait avec la plus grande énergie.

De mai à septembre, l'état reste stationnaire. Pas de diplopie, mais la lecture est toujours difficile de l'œil droit. L'enfant se plaint encore par moments de céphalée, surtout à droite. La mydriase droite persiste ; mais essentiellement intermittente, elle se montre brusquement, dure quelques minutes, quelques heures, puis disparaît rapidement comme elle est venue. Quand cette dilatation pupillaire existe, le regard à un aspect si étrange que ses amies disent à Valentine qu'elle a un « œil de chat ».

Cette mydriase cesse complètement en septembre, après un séjour à la campagne ; mais l'amblyopie persiste toujours. Et la mère ramène sa fille en octobre à M. Cabannes. Celui-ci, constatant alors des troubles de sensibilité dans le côté droit, pense à l'hystérie et adresse la malade au Dr Abadie, qui confirme le diagnostic et institue un traitement en conséquence. Dès novembre, l'enfant est soumise à des séances quotidiennes d'électricité par courants continus, qui durent dix minutes, une des électrodes étant spécialement placée au niveau de l'œil amblyope. On lui fait aussi des enveloppements chaque jour avec un drap mouillé et des frictions avec un gant de crin.

Au bout de 8 jours, on constate un mieux sensible ; l'enfant lit presque bien ; mais cet état d'amélioration n'est que passager, et la vision droite s'affaiblit à nouveau de plus en plus.

Une après-midi vers trois heures, dans les premiers jours de décembre, l'enfant est prise brusquement, sans cause connue, d'une sorte de hoquet caractérisé par un bruit inspiratoire, avec soulèvement des épaules et agitation des bras. Ce hoquet, accompagné d'une sensation de boule au gosier, persiste jusqu'au coucher à 9 ou 10 heures du soir, pour ne plus revenir que le lendemain dans l'après-midi, après déjeuner, avec les mêmes caractères. On cesse alors les enveloppements froids et les frictions. Vers le 7e jour après le début de ces accidents, le hoquet se transforme en une crise plus violente ; les mains sont d'abord crispées, les bras parcourus de secousses convulsives ; puis la malade se mord les poings, s'arrache les cheveux, chante et rit tour à tour, se jette à terre où elle se roule, frappant le sol avec les pieds.

Au bout de 10 minutes tout est fini ; et le hoquet reprend plus intense que jamais, recommençant plus tôt les jours suivants, à partir de 11 h. 1/2 ou midi, pour durer jusqu'au coucher.

Fin décembre, le hoquet tend à s'atténuer, mais les secousses musculaires des épaules continuent et gagnent le visage. Si bien que le 14 janvier 1905, jour de l'entrée à l'hôpital, le hoquet avait disparu, mais était remplacé par un tic, caractérisé par un mouvement brusque de rotation de la tête à droite avec clignement des yeux, froncement du nez, et haussement des épaules surtout à droite.

Ces divers phénomènes convulsifs n'ont eu aucun effet sur l'ambyopie qui est toujours demeurée identique à elle-même.

La *menstruation*, qui a commencé en novembre 1903, ne paraît pas davantage avoir provoqué de modifications dans les troubles visuels. Mentionnons toutefois que les pertes menstruelles, survenues irrégulièrement jusqu'en octobre 1904 et régulièrement depuis, ont été et sont toujours insignifiantes comme quantité et réactions douloureuses.

Etat actuel. — (15-20 janvier 1905). — On se trouve en présence d'une fillette assez grande pour son âge, au teint anémique, mais de corpulence convenable et qui répond avec vivacité et intelligence aux questions qui lui sont posées.

L'état général est satisfaisant. Le tube digestif, les appareils circulatoire et respiratoire ne présentent rien de particulier à signaler. Du côté des organes génito-urinaires, on note dans l'urine des traces d'albumine qui ne disparaissent sous l'influence d'aucun régime (même lacté); l'inversion de la formule des phosphates a été rencontrée une fois positive sur six recherches. C'est surtout le système nerveux qui offre des modifications importan-

tes. Nous ne ferons que les mentionner et insisterons ensuite sur l'examen de l'appareil de la vision.

Valentine présente à l'examen de la *sensibilité* une *hémi-anesthésie droite* qui est totale pour toutes les sensibilités superficielles : contact, piqûre, douleur, température seule ; la sensibilité électrique cutanée n'est pas complètement abolie ; en ce qui concerne les sensibilités profondes, les sensibilités osseuse, tendineuse, et nerveuse sont abolies ; mais le sens musculaire et ses variétés, le sens stéréognostique sont conservés. Nous avons même signalé chez cette malade ce fait curieux que l'entrée en action du sens stéréognostique réveillait la sensibilité thermique au niveau de la main (1).

A droite, les réflexes abdominaux du bras et du poignet, du genou et du pied (rotulien et achilléen) sont conservés. Les sensibilités mammaire, ovarienne, plantaire, épigastrique profonde, trachéale, ont également disparu dans la moitié droite. Il en est de même du réflexe pharyngien.

Du côté de la *motilité*, on ne note d'atrophie musculaire dans aucun des points du corps ; tous les mouvements s'exécutent parfaitement. Il y a cependant une très légère hémiparésie droite ; la main droite indique au dynamomètre 35/13. et la main gauche 40/17. Signalons plus particulièrement la persistance du tic de la tête, des yeux et de l'épaule droite déjà mentionné. Pas de troubles *trophiques*, ou *vaso-moteurs*, en particulier pas de dermographisme.

Organes des sens. — Le goût et l'odorat sont complètement perdus à droite. L'audition est très diminuée ; le tic tac de la montre n'est entendu qu'à 10 cm. environ du pavillon de l'oreille droite ; l'intensité en augmente à mesure que la montre se rapproche du conduit auditif, mais la perception est considérablement plus faible qu'à gauche.

Vision. — Rien ne frappe l'attention dans la musculature externe des yeux ; les paupières se lèvent et s'abaissent parfaitement : elles opposent au doigt de l'observateur une résistance identique.

Les globes oculaires se meuvent fort bien dans tous les sens, pas de strabisme ni de nystagmus, même intermittents. La conjonctive et la cornée, aussi bien dans son segment central que dans ses segments interne et externe, sont insensibles à droite, mais la recherche de la sensibilité provoque la sécrétion des larmes. La sensibilité conjonctivo-cornéenne est au contraire nor-

(1) *Réunion biologique de Bordeaux*, séance du 7 fév. 1905. in *Comptes-rendus hebd. des séances de la Soc. de Biol.*, Paris, 11 février 1905, p. 286.

male à gauche. La pression du globe oculaire est douloureuse, c'est-à-dire normale à gauche ; elle est complètement indolore à droite (signe d'Abadie-Rocher.) Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les deux yeux étant fixés sur un objet déterminé, si l'on ferme la paupière droite, la paupière gauche demeure immobile et on constate que la pupille gauche subit une dilatation légère, puis revient presque aussitôt à son diamètre primitif ; si l'on ferme la paupière gauche, la paupière droite est prise aussitôt d'une véritable palpitation qui persiste tant que la gauche est close ; on note que la pupille droite se dilate plus que la gauche, présente de l'hippus et montre un diamètre toujours un peu plus grand que celui de la pupille gauche, examinée dans les mêmes conditions ; mais le diamètre redevient égal des deux côtés, dès que les deux yeux sont ouverts. Les pupilles se dilatent également quand on pince fortement la peau du sujet soit à gauche soit à droite.

L'examen de la réfraction, pratiqué par M. le professeur Lagrange, indique un léger degré d'astigmatisme hypermétropique



FIG. 15. FIG. 16. FIG. 17. FIG. 18. FIG. 19. FIG. 20.

conforme de 2 dioptries pour l'œil droit et de 0,75 dioptrie pour le gauche. Le fond de l'œil est normal, les papilles sont en parfait état à droite comme à gauche, avec un peu de stase veineuse, mais égale des deux côtés. L'acuité visuelle = 1 à gauche ; elle est nulle à droite : la malade répond qu'elle ne voit absolument rien. Elle ne commence à distinguer les objets qu'à une distance très rapprochée de cet œil droit. Par exemple, un point noir se détachant sur un carton blanc et de la grandeur de la fig. 15 arrive à n'être aperçu qu'à 85 cm. de l'œil et sous forme d'un point imperceptible (fig. 16) ; à mesure que le point se rapproche de l'œil, sa grandeur augmente : à 78 cm. (fig. 17), à 65 cm. (fig. 18) ; à 58 cm. (fig. 19) ; à 40 cm. (fig. 20) : c'est la plus forte grandeur perçue ; à partir de cette distance de 40 cm. jusqu'à quelques centimètres de l'œil, la malade voit toujours le point de cette même grandeur. Il s'agit donc de micropsie portant proportionnellement sur les trois dimensions, comme on peut s'en rendre compte en se servant d'autres objets. Cette micropsie existe également pour les objets colorés.

Pas de diplopie ni de polyopie monoculaire. A l'optomètre de

Badal, la puissance accommodatrice est de 14 dioptries à gauche contre 5,50 à droite, et encore le sujet ne peut distinguer que la lettre E qui lui paraît de grandeur plus petite qu'avec l'œil gauche : E au lieu de E.

Le sens chromatique est tout à fait normal à gauche. A droite il est perverti : Valentine perçoit certains tons clairs jaune-serin, vert-d'eau, bleu-ciel, gris-argent, en blanc ; le jaune même chamois, est vu également blanc mais « blanc-crème » ; certains tons intermédiaires sont vus foncés ; ainsi le bleu-indigo est vu bleu de Prusse, le vert émeraude est vu vert foncé, le rose est vu rouge ; tous les tons foncés : rouge, vert foncé, bleu de Prusse, violet foncé, sont vus noirs ou presque noirs. Notons enfin que le marron est vu vert foncé.

Il existe du rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés. A gauche, ce rétrécissement est sensiblement égal pour le blanc et toutes les couleurs, bleu, jaune, vert, violet, même rouge : il va du chiffre 30° en dedans au chiffre 55°-60° en dehors. Mais c'est surtout à droite que le champ visuel est rétréci, et d'une façon à peu près égale, ici encore pour toutes les couleurs : il est vrai que le sujet, nous venons de le voir, étant dyschromatope, n'a pas une perception nette des différentes couleurs. Le chiffre atteint 20°-25° en dedans et 25°-30° en dehors, ce qui est un rétrécissement considérable.

Enfin, trait caractéristique, la vision binoculaire existe normale. Nous allons l'étudier complètement dans les chapitres qui suivent.

I.

Voici donc un sujet hystérique qui présente une amblyopie droite des plus nettes, ainsi que nous venons de l'établir. Or, cette amblyopie si marquée quand l'œil sain, ou gauche est fermé, disparaît complètement quand les deux yeux sont ouverts et qu'ils entrent synergiquement en jeu dans la vision binoculaire.

Ce caractère, bien mis en relief par Parinaud et Pitres, est ici indiscutable : les expériences suivantes nous le démontrent.

Expériences 1 à 4 (*épreuve du prisme, de Græfe*). — *Expérience* 1. Si je fixe les deux yeux sur un objet déterminé : carré de papier (Parinaud), croix rouge (Pitres), point (fig. 15), etc., et que je place ensuite un prisme devant un de mes yeux, je percevrai deux carrés, ou deux croix, ou deux points, chaque œil ayant alors son image. Mais il est évident que si je suis vraiment aveugle d'un œil, du droit par exemple, ce n'est pas un prisme qui me

rendra la vue de cet œil : et je ne percevrai jamais qu'une seule mage.

Si donc la cécité droite de Valentine était absolue, elle ne devrait voir qu'une image : or, elle voit deux images, dès qu'on lui met le prisme devant l'œil droit : il est vrai qu'elle n'est pas complètement aveugle ; elle n'est qu'amblyope et distingue les objets placés à une distance rapprochée (fig. 16 à 20) ; par suite, il peut paraître assez naturel qu'elle perçoive deux images. Mais en ce cas les deux images devraient être inégales de dimension : l'une, en rapport avec l'œil sain, serait égale au point de la fig. 15; l'autre, en rapport avec l'œil amblyope, serait égale, selon la distance, à l'un des points des figures 16 à 20. Or, les deux images sont identiques au point de la figure 15 ; de plus, ces deux images sont perçues au-delà de la distance correspondant à la vision la plus éloignée de l'œil droit, c'est-à-dire au-delà de 1 mètre. Par conséquent, la vision binoculaire existe normalement chez notre malade ; donc son amblyopie monoculaire disparaît dans la vision binoculaire.

Expérience 2. — En plaçant le prisme devant l'œil sain ou gauche, les réponses sont identiques.

Expérience 3. — L'épreuve du prisme montre encore que la dyschromatopsie de la vision droite disparaît dans la vision binoculaire. Si je remplace le rond noir de la figure 1, par un rond coloré, rouge, bleu, vert, de même dimension et que je place le prisme devant l'œil droit, deux images sont perçues immédiatement comme dans l'expérience 1, et l'image de droite a une couleur identique à l'image de gauche : la dyschromatopsie a donc disparu dans la vision binoculaire.

Expérience 4. — Si on répète la même expérience 3 en plaçant le prisme devant l'œil sain, les réponses sont identiques.

Expériences 5 à 7 (*épreuve de la boîte de Flees*). — *Expérience* 5. — Deux points de couleur différente, ici jaune et là vert-clair, et de dimension égale au point de la figure 19, sont situés de telle sorte que le point jaune placé à gauche doit être vu par l'œil droit, et que le point vert placé à droite doit être vu par l'œil gauche. On met la boîte devant les yeux de la malade qui répond sans hésiter qu'elle distingue deux points de dimensions égales, de la grandeur de la fig. 19, et indique leurs couleurs et leurs places respectives sans se tromper.

Expérience 6. — Si on lui fait fermer l'œil gauche sain, elle localise après hésitation un petit point gauche qui est blanc, au lieu d'être jaune, et de la grandeur de la figure 17.

Expérience 7. — En intervertissant l'ordre des points, sans

avertir la malade, elle intervertit elle-même ses réponses ; et si l'œil sain est fermé, le point vert est vu blanc dans les mêmes dimensions que le point de la fig. 17.

EXPÉRIENCE 8 (*épreuve de la règle de Cuignet*).— Si on interpose verticalement une règle ou un crayon entre les yeux d'un sujet normal qui lit et le texte qu'il tient à la main, la lecture s'effectue sans difficulté : mais si l'un des yeux est fermé ou aveugle, la règle ou le crayon se projette sur les lignes du texte et gêne la lecture de l'autre œil dans toute la zone de projection.

Si donc Valentine était vraiment aveugle de l'œil droit, elle devrait être gênée dans la lecture dès qu'on place une règle devant ses yeux : or, elle lit parfaitement ; donc, là aussi, son amaurose disparaît et la vision binoculaire existe comme chez un sujet normal.

EXPÉRIENCE 9 (*épreuve des deux règles* ou *de la double image*).— Soit deux règles placées l'une devant l'autre : si des deux yeux je fixe la plus proche, je vois double la plus éloignée ; si je fixe la plus éloignée, c'est la plus proche que je vois double ; si maintenant je ferme un œil et que de l'autre œil je fixe une des deux règles, l'autre règle est toujours vue simple.

Cette expérience pratiquée chez notre malade indique que, les deux yeux ouverts, elle voit *double* la règle non fixée, alors qu'elle devrait la voir *simple*, si elle était amaurotique de son œil droit ; donc elle a récupéré la vision de son œil amblyope au moment de la vision binoculaire.

EXPÉRIENCE 10 à 12 (*épreuve de l'écran de Pitres*).— *Expérience* 10. —J'écris une phrase au tableau et fais asseoir Valentine devant, à courte distance ; je place alors une lame du carton verticalement sur le milieu du visage de l'enfant et lui dis de lire en fermant l'œil gauche (c'est-à-dire le sain) : elle ne voit absolument rien. Si elle ferme l'œil droit amblyope, elle lit très bien la partie de la phrase située à gauche du carton. Si enfin elle ouvre les deux yeux, elle lit parfaitement la phrase en entier, par conséquent toute la portion de cette phrase située à droite du carton ; donc, ici encore l'amblyopie droite a disparu dans la vision binoculaire.

Expérience 11. — Je rapproche le tableau à 0,50 cm. du sujet et écris une phrase à la craie rose, avec de grandes lettres majuscules : je place le carton comme dans l'expérience précédente et dis à Valentine de lire en fermant l'œil gauche : elle distingue après hésitation les lettres de la fin de la phrase, placées à droite du carton, mais ces lettres sont vues *rouge très foncé* et de dimension plus petite que la réalité ; si elle ferme l'œil droit et ouvre le gauche, elle lit la première moitié de la phrase dont les lettres se détachent en rose et avec leur grandeur réelle ; enfin,

si les deux yeux sont ouverts, elle lit la phrase entière, et les lettres, tout à l'heure rouge foncé, apparaissent maintenant toutes en rose et de même grandeur, la grandeur normale.

Expérience 12. — En écrivant la phrase en jaune, les réponses sont identiques, avec la différence que les lettres jaunes sont vues blanches et à peine distinctes par l'œil amblyope seul ouvert.

Et ainsi de suite avec les différentes couleurs.

Ces expériences 11 et 12 démontrent que la micropsie et la dyschromatopsie disparaissent complètement dans la vision binoculaire.

EXPÉRIENCES 13 *et* 14 (*Epreuve de l'image mobile*). — *Expérience* 13. — Je trace une croix avec de la craie blanche au milieu d'un tableau noir placé à 50 centimètres des yeux de la malade. Je lui dis de fermer l'œil amblyope droit, le gauche fixant toujours la croix. Je fais passer horizontalement de gauche à droite, entre l'œil et la croix, un bâton de craie blanche jusqu'à ce qu'il ne soit plus perçu. Je fais alors ouvrir l'œil droit amblyope, qui doit fixer la croix : et le bâton de craie est de nouveau perçu, dans ses proportions exactes ; en faisant fermer et ouvrir alternativement l'œil droit, l'image disparaît et reparaît tour à tour : c'est donc bien lui qui voit ; par conséquent l'amblyopie a complètement disparu dans la vision binoculaire.

Expérience 14. — En se servant de bâtons de craie de couleurs différentes, on voit que la dyschomatopsie disparaît pour l'œil amblyope, comme nous l'avons déjà vu par les expériences, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12.

EXPÉRIENCE 15. — (*Epreuve des deux images mobiles*). — On peut faire les expériences 13 et 14 avec deux images et en laissant les deux yeux du sujet ouverts. En rapprochant alors à l'improviste, tantôt de l'œil gauche, tantôt de l'œil droit, tantôt une image, tantôt l'autre image, tantôt les deux, en les faisant paraître, disparaître et reparaître tour à tour, on constate que la vue droite est parfaitement conservée chez Valentine.

EXPÉRIENCES 16 *et* 17. (*Epreuve des verres colorés de Snellen*). *Expérience* 16. — On suspend devant une vitre éclairée, à quelques mètres du sujet, un tableau rectangulaire en verre noir sur le milieu duquel se détachent, en clair, des lettres alternativement vertes et rouges. On place alors devant les yeux du malade des lunettes dont un verre est *rouge* et l'autre *vert*, puis on lui fait lire les lettres du tableau transparent.

Si le sujet a la vue normale, il lit avec l'œil au verre *rouge* les lettres *rouges*, et avec l'œil au verre *vert* les lettres *vertes* : il lit ainsi

toutes les lettres. S'il est au contraire amaurotique d'un œil, il ne lira que les lettres dont la couleur correspond à celle du verre placé devant l'œil sain. En d'autres termes, si Valentine est vraiment amaurotique de l'œil droit, ayant un verre vert à droite et un verre *rouge* à gauche, elle ne lira que les lettres *rouges* du tableau : or elle lit aussi les lettres *vertes*. Inversement, le verre rouge étant mis à droite et le vere *vert* à gauche, elle ne devrait voir que les lettres *vertes* ; or elle lit les lettres *rouges* ; donc elle voit avec l'œil droit dans la vision binoculaire. Plusieurs variantes concourent au même résultat. Signalons celle-ci .

Expérience 17. — Au lieu de mettre un verre de couleur sur l'œil droit amblyope, je mets un verre opaque et place un verre coloré sur l'œil gauche, par exemple un verre rouge. Valentine ne lit que les lettres *rouges* ; j'enlève alors le verre opaque de l'œil amblyope et elle lit les lettres *rouges* et *vertes* ; si je mets un verre vert à gauche et replace le verre opaque à droite, elle ne lit que les lettres *vertes*, mais dès que j'ôte de nouveau le verre opaque, elle lit aussi les lettres *rouges*. Elle voit donc de l'œil droit au moment de la vision binoculaire.

EXPÉRIENCES 18 *à* 22 (*Epreuve du stéréoscope*). — *Expérience* 18. — On place au stéréoscope deux images qui sont semblables pour la vision gauche et la vision droite. Elles se fusionnent en une seule image qui donne aux yeux la sensation de l'image réelle, telle qu'elle serait perçue avec ses trois dimensions dans la vision binoculaire vraie. Le fusionnement recherché dans ces conditions, chez notre sujet, avec toute une série de tests, en particulier ceux de Javal, nous montre que le fusionnement existe pour toutes les images sans exception, colorées ou non. Par conséquent, l'amblyopie droite a totalement disparu ; mais elle reparaît, dès que l'œil gauche est fermé et Valentine ne perçoit plus rien.

Expérience 19. — Si au lieu d'utiliser des images semblables on place des images différentes au stéréoscope pour la vision droite et la vision gauche, ces images différentes se fusionnent encore en une seule image ; mais cette image est en réalité une 3me image, combinaison des images droite et gauche, qui n'est plus perçue avec ses trois dimensions, — au moins dans les parties des images droite et gauche qui ne sont pas semblables et par suite superposables. Nous nous bornerons à un seul exemple. Voici un carton stéréoscopique où l'image de gauche est F et l'image de droite L ; suivant qu'on regarde dans l'instrument avec l'œil gauche seul ou l'œil droit seul on verra la lettre F ou la lettre L ; mais si on regarde avec les deux yeux, les lettres F et L se fusionnent en une seule et unique lettre qui est un E. Si Valentine ferme l'œil droit, elle ne voit que la lettre F ; si elle ferme

l'œil gauche, elle ne voit rien avec l'œil droit ; elle paraît donc amaurotique et ne devrait distinguer que la lettre F en rapport avec l'œil sain ; or, elle lit E sans hésiter dès que les deux yeux sont ouverts ensemble : c'est donc que l'amblyopie droite disparaît dans la vision binoculaire.

Expérience 20. — En se servant de lettres *rouges*, les résultats sont identiques ; avec cette différence que, dans la vision droite seule, l'enfant lit la lettre L, mais une lettre L réduite dans ses dimensions et de couleur rouge foncé presque noir ; cette dyschromatopsie et cette micropsie disparaissent complètement dans la vision binoculaire où la lettre E est perçue nettement.

Expérience 21. — Les transformations de la micropsie et de la dyschromatopsie sont encore plus faciles à étudier avec des ronds colorés. Voici un des nombreux tests qui nous ont servi dans nos expériences (Fig. 21).

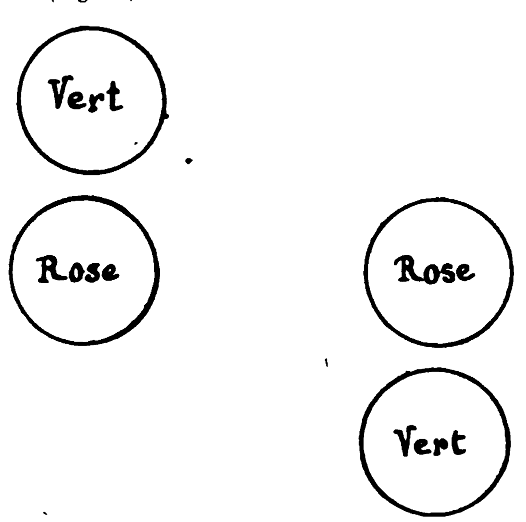


Fig. 21.

Ce test étant placé au stéréoscope, si Valentine ferme l'œil droit, elle voit les ronds *vert* et *rose* correspondant à l'image gauche, et conformément à la figure. Si elle ferme l'œil gauche, l'image droite est vue comme suit : (fig. 22) ; c'est sensiblement la même grosseur que dans la fig. 20.

Si maintenant elle ouvre les deux yeux ensemble, les deux images se fusionnent en une seule et au lieu de deux ronds à

droite et de deux ronds à gauche, soit en tout 4 ronds de couleur différente, elle voit 3 ronds avec leurs deux couleurs normales, vert et rose et dans la disposition que voici (fig. 23). En d'autres termes, cet œil droit, amblyope dans la vision monoculaire, s'est comporté comme un œil normal dans la vision binoculaire ; l dyschromatopsie et la micropsie ont disparu, en même temps que le fusionnement s'est effectué.

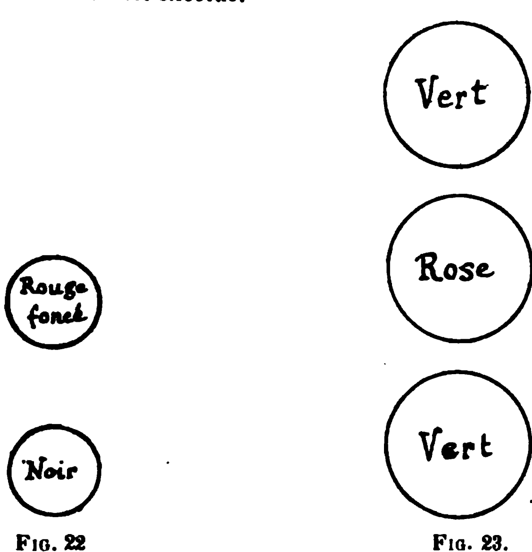


Fig. 22

Fig. 23.

Expérience 22. — En variant les couleurs bleu, jaune, violet, etc., et la disposition des ronds, nous avons obtenu des réponses analogues.

II.

Les multiples expériences qui précèdent montrent bien, si on s'en rapporte aux données admises, que chez notre sujet, comme dans l'immense majorité des cas analogues, l'amaurose de l'œil amblyope disparaît quand entre en jeu la vision binoculaire. Mais toutes ces expériences démontrent-elles vraiment que la vision binoculaire est toujours sollicitée ? Je ne le crois pas. Car la vision binoculaire n'existe réellement, il ne peut être question de vision binoculaire, que si les deux yeux per-

çoivent ensemble un même objet ou les mêmes objets. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si certains objets sont vus par un œil et certains autres par l'autre œil, il y a double vision monoculaire, mais pas vision binoculaire au sens physiologique du mot. C'est pourquoi, dans la série d'expériences que nous avons mentionnées plus haut, on doit faire deux séries :

1° Celles où vraiment la vision binoculaire entre en jeu, c'est-à-dire où les yeux fixent ou perçoivent les mêmes objets : ce sont les expériences 1, 2, 3, 4 avec le prisme ; l'expérience 8 avec la règle, l'expérience 9 dite de la double image ; les expériences 16 et 17 avec les verres colorés ; enfin les expériences avec le stéréoscope, parmi lesquelles il n'y a que l'expérience 18 qui doit compter entièrement dans ce groupe, les expériences 19, 20, 21, 22 n'impliquant qu'en partie la vision binoculaire ;

2° Les expériences où il existe une double vision monoculaire, c'est-à-dire où chaque œil fixe une image différente. Dans ce groupe nous placerons les expériences 5, 6, 7 avec la boîte de Flees ; les expériences 10, 11, 12 avec l'écran ; les expériences 13 et 14, dites de l'image mobile, l'expérience 15 dite des deux images mobiles et les expériences 19, 20, 21 et 22 (pour une part).

Afin de montrer le bien-fondé de cette division et de prouver que, souvent, il s'agit en réalité de la récupération de la vision monoculaire amblyope seule, sans qu'il soit besoin pour cela de solliciter la vision binoculaire proprement dite, nous avons institué une nouvelle série d'expériences.

Nous avons vu — c'est classique — que l'amblyopie se montre dès que le sujet ferme l'œil sain. Mais si l'on prend soin d'annihiler la vision de cet œil, par d'autres moyens que par la fermeture de la paupière, la vision de l'œil amblyope est entièrement normale : c'est ce que nous allons démontrer.

Expérience 23. — Les yeux de la malade regardant au stéréoscope le test de la fig. 21 (exp. 21), le fusionnement a lieu comme l'indique la figure 23. Si, les deux yeux demeurant toujours ouverts, je masque avec un carton les deux ronds constituant l'image gauche de la fig. 21, Valentine m'avertit aussitôt qu'elle n'aperçoit plus que deux ronds : un en haut de couleur

rose, l'autre en bas, de couleur verte avec des dimensions identiques aux 3 ronds de tout à l'heure ; elle voit donc parfaitement l'image droite de la figure 21 : par suite, l'amblyopie de cette vision droite a disparu. Si, comme contre-expérience, je fais fermer l'œil gauche de la malade au lieu de le masquer, elle ne voit plus que deux petits ronds comme dans la figure 22.

Expériences 24, 25, 26 et 27. — En reprenant les expériences 18, 19 20, et 22 au stéréoscope, dans les mêmes conditions que l'expérience précédente n° 23, on constate également que l'œil droit distingue parfaitement les images, en dehors de la vision binoculaire proprement dite.

Expériences 28 et 29. — Si, plaçant d'abord le prisme devant l'œil droit amblyope, comme dans les expériences 1 et 3, je place ensuite un carton quelconque, blanc de préférence, devant l'œil gauche à 1 ou 2 cent. de distance de la paupière ouverte, de façon à obturer complètement la vue de cet œil, la croix, le carré de papier ou le rond coloré continuent à être nettement perçus par le sujet, c'est-à-dire que la perception a lieu par l'œil amblyope seul. Il suffit que l'œil gauche soit fermé au lieu d'être masqué, pour que ces images droites disparaissent ou se montrent déformées (dyschromatopsie, micropsie).

Expérience 30. — Si dans l'expérience 9 on place le carton masque comme précédemment, une des images disparaît, c'est l'image en rapport avec la vision gauche : l'image en rapport avec la vision droite continue à être perçue.

Expérience 31. — La même démonstration avec les verres colorés, dans les conditions de l'expérience 16, est un peu délicate et demande certaines précautions. Comme dans l'expérience 16, les lunettes à verres colorés sont placées devant les yeux de la malade, de façon que le verre vert soit à droite (œil amblyope) et le verre rouge à gauche (œil sain). Pour obturer complètement la vue gauche, il suffit que je place un verre rouge devant le verre vert : car rouge sur vert = noir. Dans ces conditions, au début, l'œil droit perd subitement la vision en même temps que l'œil gauche.

En mettant inversement le verre vert à gauche et le verre rouge à droite (œil amblyope) et en obturant la vision gauche avec un verre rouge sur le vert, ce qui donne noir, la vision droite peut encore distinguer les lettres rouges, mais ces lettres sont diminuées de moitié comme grandeur et d'un rouge foncé presque noir. Ce fait semblait indiquer que l'amblyopie complète était susceptible de se récupérer en partie, grâce au rouge qui est, comme chacun sait, la couleur de prédilection de l'hystérique. Nous avons mentionné un exemple typique de ce genre (*loc. cit.*)

Cette expérience se montrait par suite en contradiction avec les précédentes. Puisque l'œil sain est ouvert, en effet, comment se fait-il que le droit présente de l'amblyopie ? C'est que le sujet avait subitement la sensation du noir, la sensation de l'obscurité : voilà le point important à retenir ; mais comme cette obscurité n'était pas complète, le jour fusant autour de l'œil gauche, le sujet ne tardait pas au bout de quelques instants à voir, de son œil amblyope, les caractères verts ou rouges, suivant qu'il avait devant lui un verre vert ou un verre rouge, et avec leurs dimensions et leurs couleurs normales. Cette expérience, ici encore, concordait donc avec les précédentes.

Expérience 32. — D'ailleurs, en se servant de verre opaque au lieu de verre noir, l'expérience est positive. Si, en effet, on met un verre opaque devant l'œil gauche de Valentine et un verre rouge devant son œil amblyope, elle lit nettement les lettres rouges ; si on change le verre rouge par un vert, elle lit bien les lettres vertes. Donc l'amblyopie a disparu.

Expérience 33. — En plaçant sur les lunettes un verre neutre à droite, au lieu d'un verre coloré et en laissant le verre opaque à gauche, la vision monoculaire droite est parfaite. Prenons comme exemple les deux ronds (image droite de la figure 21) ; ils sont vus normalement. Si maintenant, en contre-expérience, la malade ferme son œil gauche, les deux ronds sont vus comme dans la figure 22.

Expérience 34. — L'expérience est aussi démonstrative sans lunettes. Il suffit, les deux yeux étant ouverts et fixant un objet ou une image quelconques, les ronds de la figure 21 par exemple, de placer un écran devant l'œil gauche sain qui reste ouvert : Valentine continue à voir les quatre ronds colorés avec le même aspect ; mais si elle ferme l'œil gauche, les ronds se présentent instantanément avec les modifications de la figure 22.

Expérience 35. — Les expériences précédentes démontrent que l'œil gauche, ou sain, étant ouvert, mais sa vision masquée, la vision de l'œil droit amblyope se montre cependant avec toutes les apparences de la vision normale. Nous avons utilisé ce fait pour rechercher dans ces conditions l'étendue du champ visuel de l'œil droit. Et nous avons pu constater que le rétrécissement du champ visuel, si marqué quand l'œil sain est fermé, est beaucoup moins considérable quand cet œil ouvert est simplement

masqué par un écran. Le rétrécissement est, alors, sensiblement égal à celui de l'œil gauche, non amblyope.

Expériences 36 et 37. — De même, la puissance accommodatrice de l'œil droit, recherchée à l'optomètre de Badal, en masquant l'œil gauche, devient égale à celle de l'œil gauche : 14 dioptries au lieu de 5,50 quand l'œil gauche est fermé. — Il en est encore de même pour l'acuité visuelle qui, recherchée ainsi, se montre égale à 1, comme à gauche.

Les quinze dernières expériences (23 à 37), que nous venons de relater suffisent à démontrer que l'œil amblyope d'un sujet hystérique n'a pas nécessairement besoin, pour récupérer sa vision, que soit mise en jeu la vision binoculaire. Cette vision monoculaire de l'œil malade peut parfaitement exister par elle-même, indépendamment de la vision de l'œil sain.

III.

Il résulte, en somme, des faits qui précèdent que l'amblyopie hystérique monoculaire serait fonction de la fermeture de la paupière de l'œil normal.

Chez un sujet normal, que la vision soit annihilée par un obstacle placé devant l'œil ou par la fermeture de la paupière, il n'y a pas de différence bien sensible en ce qui concerne la perte de cette vision. Cependant, il est incontestable que l'occlusion de la paupière, étant plus hermétique, donne à l'œil la sensation de l'obscurité, ce qui n'a pas lieu quand l'œil est simplement couvert. On peut, par suite, se demander si l'amblyopie d'un œil disparaît par ce seul fait que l'œil opposé s'ouvre, ou bien par le fait que l'obscurité fait place, chez lui, à la lumière. En d'autres termes, il nous faut rechercher si l'amblyopie d'un œil est fonction de l'occlusion de l'autre œil, ou bien si elle est fonction de l'obscurité qu'amène cette occlusion. Nous avons dans ce but institué une nouvelle série d'expériences.

Expérience 38. — L'œil gauche ou sain étant ouvert, mais masqué, je dis à la malade de fixer les deux ronds de couleur rose et verte de la fig. 21 (image droite), placés de 40 à 45 centim. de l'œil. Elle les distingue parfaitement. Si je lui dis de fermer l'œil gauche, le

droit devient aussitôt amblyope et voit les ronds comme dans la figure 22.

Je place alors en creux la paume de ma main devant la région orbitaire gauche du sujet, de façon à faire l'obscurité pour l'œil gauche, mais sans cependant l'empêcher de s'ouvrir. Puis je dis à Valentine d'ouvrir l'œil gauche : il est ainsi dans l'obscurité, et ouvert. Si maintenant je demande à l'enfant comment elle voit les deux ronds avec l'œil droit, elle me répond qu'ils sont un peu plus gros et de couleur un peu plus claire que dans la figure 8, le vert étant vu vert foncé au lieu de noir (figure 24).

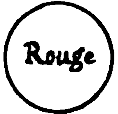




FIG. 24.

Expérience 39. — L'expérience 38 semblait bien indiquer le rôle primordial joué par l'obscurité ; mais afin de le rendre plus concluant (car la main de l'observateur aussi bien appliquée qu'elle soit, laisse filtrer un peu de jour) nous avons remplacé la main par des cornets en papier fort, de couleurs différentes, s'adaptant étroitement à la région orbitaire gauche et l'isolant complètement. En nous plaçant dans les mêmes conditions de recherches que dans l'expérience 38, les ronds colorés rose et vert étant à 40-45 cm. de distance de l'œil droit, les réponses du sujet ont été les suivantes :

Avec des cornets en papier noir ou bleu très foncé, ou rouge très foncé, placés devant l'œil gauche ouvert et l'isolant ainsi entièrement du jour ambiant, l'œil droit amblyope voit les ronds plus petits et plus foncés en couleur comme dans la figure 22. Si on dit à Valentine de fermer l'œil gauche, l'un des cornets précédents demeurant sur l'œil, les ronds sont perçus identiques par l'œil droit.

Avec des cornets de papier vert clair ou foncé, rouge, carmin, bleu d'azur, violet, jaune, les ronds sont perçus un peu plus gros que dans la figure 22, comme dans la figure 24, mais avec les mêmes modifications de couleur que dans la figure 22 (figure 25). Si

on dit à Valentine de fermer l'œil gauche, l'un des cornets de teinte précédente restant sur l'œil, les ronds sont vus plus petits comme avec les cornets de teinte très foncée.

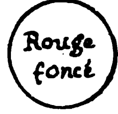




Fig. 25.

Seul, le cornet de papier blanc, appliqué sur la région orbitaire gauche, n'empêche nullement les ronds colorés d'être vus par l'œil droit comme à l'état normal, c'est-à-dire comme dans la figure 21 (image droite). Avec tous les autres cornets de papier, il suffit, pour que l'œil amblyope récupère sa vision, qu'on les écarte légèrement de la surface périorbitaire, afin de permettre le passage direct des rayons lumineux.

Expérience 40. — Etant donné le fait mentionné dans l'expérience 31, à savoir qu'un verre noir placé devant l'œil gauche ouvert peut entraîner pendant quelques instants l'amblyopie de l'œil droit au même titre que l'obscurité complète, nous avons cherché à reproduire le phénomene en plaçant un large écran de papier ou de carton noir devant l'œil gauche ouvert ; mais l'œil droit n'a pas accusé la moindre amblyopie ; sa vision était parfaite. En couvrant l'œil gauche avec les écrans de papier aux couleurs les plus variées, l'œil droit n'a pas manifesté davantage la plus légère amblyopie.

Ces expériences paraissent démontrer que l'amblyopie de l'œil hystérique est due à un défaut d'éclairement de l'autre œil par la lumière blanche.

Expérience 41. — Nous avons même recherché si la lumière blanche du jour devait être seule mise en cause. A cet effet, ayant mis la malade dans une chambre noire, nous avons allumé une simple bougie et recommencé sous ce mince éclairage les expériences précédentes. (1 à 40). Les réponses ont été identiques.

Donc la lumière blanche, de quelle que source qu'elle soit, peut empêcher l'amblyopie monoculaire tant qu'elle est absorbée par l'œil sain ; dès qu'elle est interceptée, l'amblyopie apparaît dans l'œil droit. La paupière, en obturant hermétiquement l'œil sain, joue précisément le rôle de voile intercepteur des rayons lumineux et empêche de passer la lumière blanche ; car c'est la lumière blanche seule, comme le prouve l'expérience avec les cornets en papier de couleurs différentes, faisant office de voiles intercepteurs, qui, diffusant à travers l'œil sain, empêche l'amblyopie de l'œil malade.

IV.

Dans un précédent travail (*loc. cit.*) à propos d'une amaurose hystérique — n'obéissant pas d'ailleurs aux règles classiques — nous avions pensé que bien souvent la récupération consciente de la vision monoculaire amblyope n'était pas *complète*, en ce sens qu'elle ne dépassait guère le moment d'une expérience ou d'une suggestion. Les faits que nous apportions à l'appui de notre idée semblaient nous donner raison pour le cas considéré. Aujourd'hui, dans cette nouvelle observation — qui, elle, correspond, aux données classiques de l'amblyopie hystérique — les expériences entreprises semblent nous conduire à une opinion opposée.

Il est bien évident qu'on pourrait soutenir que chez notre sujet, l'amblyopie droite est constante, comme l'hémianesthésie du même côté ; et que si la vision droite est récupérée, cette récupération visuelle ne dépasse pas le moment de l'expérience.

A la rigueur, dans certaines expériences avec le prisme, la règle, l'écran, les verres colorés, la boîte de Flees, le stéréoscope, on peut supposer que la vision monoculaire n'est récupérée, dans la vision binoculaire, qu'au moment de l'expérience. Mais je ne puis comprendre pourquoi, *au même moment de l'expérience* la réponse de l'œil malade diffère absolument, suivant que l'œil sain est fermé ou simplement couvert. Les perceptions différentes de l'œil malade, suivant que l'œil sain est masqué avec des cornets en papier de couleur ou en papier blanc, ont également une valeur démonstrative.

D'ailleurs, je ne m'explique pas bien pourquoi la vision monoculaire de l'œil malade, qui n'existerait qu'à certains moments dans la vision binoculaire, n'entrerait pas précisément en jeu quand elle est seule à fonctionner, c'est-à-dire quand l'œil sain est fermé ; c'est là vraiment le cas d'appel idéal pour une suppléance fonctionnelle. Or, cette suppléance visuelle est exceptionnelle d'après les auteurs et c'est, au contraire, dans ces conditions que l'amblyopie apparaît.

La simulation, encore acceptée par certains, doit être cependant rejetée pour de multiples raisons : sans parler des expériences nombreuses — on l'a vu —, qui permettent d'éliminer cette simulation, il est de règle que le sujet ne s'aperçoit presque jamais de son amblyopie lui-même ; elle lui est généralement révélée par l'oculiste ou le médecin. Bref, il faut admettre que dans les conditions normales de la vie courante, l'hystérique, qui regarde de ses deux yeux les objets qui l'entourent, n'a pas d'amblyopie de son œil malade ; cet œil distingue parfaitement par lui-même les objets, soit seul, soit conjointement avec le sain. Il lui faut, pour devenir amblyope des conditions particulières qui aboutissent à l'occlusion de l'œil sain et privent ce dernier de la lumière du jour. Quant à savoir pourquoi la lumière blanche, en impressionnant l'œil sain, fait disparaître l'amblyopie de l'œil malade, c'est une question qui, pour le moment, nous paraît assez difficile à résoudre : on peut dire qu'elle agit par suggestion, mais cette explication n'est qu'un mot.

Conclusions.

1° Dans le cas d'amblyopie hystérique monoculaire que nous venons d'étudier, l'amblyopie, comme dans presque tous les cas analogues d'amblyopie hystérique, disparaît au moment de la vision binoculaire.

2° En serrant les faits de près, nous avons montré que ce n'est pas seulement dans la vision binoculaire que disparaît l'amblyopie monoculaire. De multiples expériences prouvent que l'œil sain étant masqué, et par conséquent la vision binoculaire n'existant pas, l'œil malade perçoit aussi bien que l'œil sain tous les objets qui l'en-

vironnent : il n'est donc pas amblyope, même en dehors de la vision binoculaire.

3° L'étude des faits semble montrer que la disparition de l'amblyopie monoculaire n'est pas expliquée par l'exercice de la vision binoculaire ; elle n'est pas expliquée non plus par l'exercice simultané de la vision monoculaire droite et de la vision monoculaire gauche, entrant l'une et l'autre en action, chacune pour son propre compte ; en réalité, l'amblyopie disparaît dès que s'ouvre l'œil sain, elle apparaît dès qu'il se ferme : voilà le fait indiscutable. *L'amblyopie monoculaire* hystérique serait donc *fonction de l'occlusion de l'œil sain.*

4° L'occlusion de l'œil sain, ainsi que le démontrent nos expériences avec les cornets en papiers colorés, commande l'amblyopie de l'autre œil, non par le fait de son occlusion (action motrice), mais parce que cette occlusion intercepte les rayons de la lumière blanche qui n'arrivent plus jusqu'à lui (action physique).

CLINIQUE MENTALE

Auto-identification romanesque.

(Illusions de reconnaissance de sa propre personnalité.)

PAR LE Dr PAUL GARNIER
Médecin en chef du Dépôt, chargé de cours,

ET LE Dr DROMARD
Interne des asiles d'aliénés de la Seine.

La *suggestibilité* a reçu depuis longtemps la place qu'elle mérite parmi les nombreux attributs de la dégénérescence. En vérité, son territoire est immense ; ses dépendances immédiates sont aussi larges que ses conséquences lointaines sont variées. On peut tout attendre en effet d'une mentalité privée de sa faculté supérieure d'initiative et de contrôle, de cette faculté qui est la plus haute expression du moi et qui traduit en toutes

circonstances l'autonomie de ce moi, par rapport au monde extérieur.

Quand cette faculté est peu ou point développée, la personnalité subit l'empreinte du milieu sans opposition ni défense ; les choses du dehors s'imposent à elle d'une manière fatale, la pénètrent sans résistance, l'imprègnent sans effort, et s'y fixent sans une critique, sans une hésitation, sans un doute.

Dans la majorité des cas, l'esprit suggestible est purement passif : toujours prêt à agréer, il se contente d'accepter sans vérifier ce qu'il reçoit. D'autres fois, cependant, cette passivité, qui fait du sujet un éternel convaincu et un crédule de tous les instants, n'exclut pas une sorte d'activité en vertu de laquelle l'imagination complète la réalité, la déformant à sa guise et l'accommodant au gré de toutes ses fantaisies.

C'est alors surtout — c'est dans cet état de *suggestibilité adaptatrice*, — pourrait-on dire — que la voie est ouverte aux erreurs les plus grossières et aux déductions les plus invraisemblables par conséquent.

Les *fausses reconnaissances*, qui consistent à établir entre deux objets ou deux êtres une identité qui n'existe pas, trouvent une place légitime parmi les manifestations de cette débilité spéciale de l'esprit. Le cas qui nous intéresse en est une modalité, mais une modalité très particulière. Ici, en effet, l'identification erronée, au lieu de se tenir sur un terrain purement objectif, met en cause la personnalité propre du sujet qui croit se reconnaître dans une personnalité étrangère.

Marie X... est une fille d'une trentaine d'années, bien constituée au point de vue physique, mais dont l'état mental semble avoir présenté de tous temps un certain nombre d'anomalies. De maintien réservé, de manières douces et polies, elle est d'aspect indécis et rêveur.

Elle nous dit, en parlant de ses antécédents : « Je suis née de parents bizarres et faibles d'esprit. Mon père était un simple. Ma mère n'avait aucun caractère et vivait confinée dans une dévotion qui frisait de près la folie ; elle possédait en outre une nature impressionnable et craintive dont je suis, hélas! la triste héritière. »

La malade se révèle dans son propre passé comme une per-

sonne peu normale. Elle a toujours eu une peur insurmontable des morts ; la solitude et l'obscurité l'effrayent. « Quand mes sœurs allaient en partie de plaisir, nous dit-elle, je me tenais toujours à l'écart, convaincue de ne pas être comme tout le monde... J'étais souvent triste et mélancolique, portée à la rêverie, mais sans aucune tendance à la sensualité. J'ai pourtant connu les plaisirs de l'amour avec le seul être que j'ai véritablement aimé : alors, la commotion était si forte que, sans aucun rapprochement, j'éprouvais les mêmes sensations que dans l'intimité. Entre les mains de la personne aimée, j'étais d'ailleurs une pâte malléable. J'aurais voulu que mon amant fût pour moi un père.... un père sévère et autoritaire ; il me fallait un maître ! »

En effet, Marie X... s'est toujours montrée d'une extrême suggestibilité. « Je suis sans volonté, nous dit-elle, et je ne puis rien par moi-même. »

Elle nous raconte comment, en maintes circonstances, elle n'a pas su dire « non » devant un homme, comment elle s'est laissée entraîner à dérober des objets dont elle n'avait que faire sur les conseils d'une amie, etc... Et quand nous lui demandons ce qu'elle pense de ses actes, elle nous répond très simplement : « Je puis faire beaucoup de bien ou beaucoup de mal suivant la direction qu'on m'imprime »

Aussi l'existence de Mlle X..., qui a l'instruction d'une employée de magasin, fut-elle pleine de péripéties. Petite fille, elle connut la maison de correction ; puis elle vécut au hasard de la destinée, tantôt s'attachant à la personne d'une amie, tantôt s'abondonnant à l'amant de rencontre jusqu'au jour où elle fut conduite à la maison de santé par une singulière aventure.

En mai 1902, Mlle X..., lisait un journal qui publia successivement *Claudine à l'école*, *Claudine en ménage* et *Claudine à Paris*. Le texte l'intéressa et elle crut reconnaître une analogie marquée entre ses propres tendances et celles qu'on prêtait au personnage principal du livre. Puis l'analogie devint une identité et Mlle X..., se crut incarnée dans le personnage de *Claudine*. Non pas qu'elle fût amoureuse des femmes : elle n'a jamais eu avec les personnes de son sexe que des rapports fort honnêtes, et sur ce point, assure-t-elle « l'auteur est mal informé ». Mais cette *Claudine*, c'était bien Mlle X..., dans ses goûts, dans ses caprices, dans ses habitudes d'esprit, dans sa façon de comprendre les choses. « Comme à moi il lui fallait un maître, nous dit-elle ; comme moi elle manquait de direction ; elle recherchait la rêverie comme moi ; et elle était comme moi dans sa manière d'aimer et de juger son amant ». Le physique n'est pas moins probant. « Claudine n'est pas une beauté, mais elle est originale comme moi. En elle, je reconnais mes yeux... ces yeux « noisette » dont on parle tant ; je reconnais mon nez et ma bouche, et puis mes cheveux

bouffants... et tout le reste » Mlle X... se voit donc dans *Claudine* comme dans un miroir. Mais il y a mieux : l'identification s'étend aux personnages secondaires et la malade retrouve dans le roman tout son entourage. Elle reconnaît dans *Renaut* son amant, dans *Rezie* son amie, dans *Luce* une jeune fille qu'elle a fréquentée, etc... Alors elle discute l'authenticité des faits avec une conviction que rien ne saurait ébranler. « Cette Luce, nous dit-elle, ne remonte pas au temps de mon enfance, et l'on s'est trompé en écrivant de pareilles choses. Cette Luce, je l'ai connue chez une logeuse, rue des Petits-Carreaux, et je jure que nos rapports ont toujours été chastes. Je n'ai jamais eu les vices qu'on veut m'attribuer... je ne connais pas ces vilaines passions. Est-ce ma faute à moi si les apparences me condamnent ? Ah ! On s'est bien trompé, on s'est bien trompé ! Je le jure ! »

Mais comment l'auteur avait-il pu connaître Mlle X... dans les moindres détails de sa vie ? Comment était-il renseigné sur son passé, sur son tempérament, sur ses goûts ? Mlle X... ne tardera pas à le savoir, car les circonstances vont lui fournir une explication.

La lecture des livres avait eu lieu au printemps. Or, en été, Mlle X... reçut un jour, boulevard des Italiens, les compliments de passage d'un monsieur « bien mis ». Il était de taille moyenne et entre deux âges ; il portait une barbe taillée en pointe et un chapeau à bords plats. Les jours suivants, la conversation s'engagea de nouveau, et Marie X... se laissa conduire de bonne grâce par le personnage dont elle ignorait d'ailleurs le nom et la profession. « Je le suivais comme une machine, ajoute-t-elle, car il exerçait sur moi une attraction que je ne m'explique pas. Je ne l'aimais pas du tout, et je me trouvais pourtant à ses rendez-vous. » Un jour qu'ils cheminaient côte à côte, Mlle X... s'entendit nommer « Claudinette » par son partenaire. Celui-ci désignait en même temps du bout de sa canne une affiche illustrée de *Claudine en patrouille*. Sur cette affiche, une femme était représentée, dans laquelle Marie X... se reconnut nettement. Elle en eut une vive émotion. Les allures de son compagnon d'ailleurs étaient « équivoques » et il lui sembla que « cet homme était au courant de bien des choses ».

Ceci se passait au mois de juin. Or il arriva qu'en décembre Marie X... aperçut à l'étalage d'un libraire le nom de Willy. Au-dessous de ce nom, il y avait un portrait. Quelle ne fut pas sa surprise en retrouvant dans ce portrait toute la figure du personnage innommé dont elle avait subi les assiduités pendant plusieurs mois de l'été ! C'était bien la même barbe en pointe, le même chapeau à bords plats ! Ce fut comme une révélation.

Ainsi Mlle X... avait été l'objet d'un abus de confiance ! Longtemps avant la rencontre du boulevard des Italiens, cet homme

avait dû l'épier, et à ce moment même il devait être informé déjà de toute sa vie passée. Mais comment et par qui ? Ne fallait-il pas une complicité.

Les soupçons de Mlle X... se dirigèrent sur une dame B... dont elle avait fait sa meilleure amie. Un jour que Mlle X... parlait de ses impressions sur *Claudine*, Mme B... lui avait dit sans rire : « Claudine ? C'est toi. » Plus tard, comme Mlle D... lui contait ses relations de la rue avec un homme dont le chapeau était à bords plats, Mme B... avait répliqué le plus sérieusement du monde : « Par Dieu, c'est Willy ! » Et elle avait ajouté : « Tu sais, ma petite, quand on a la protection d'un littérateur, on a autre chose à faire qu'à travailler ». « Je comprends maintenant, dit Mlle X... pourquoi Mme B... voulait me pousser dans les bras de cet homme. » Puis d'autres faits lui reviennent à l'esprit. Mme B... l'avait un jour photographiée dans des poses bizarres. Ces poses comportaient un demi-nu, une sieste sur un divan, etc. Toutes ces images figuraient les défauts de Claudine ; elles devaient être mises en circulation et servir aux cartes-postales. Mme B... disait à tout venant : « Ces clichés-là, ce sont mes Claudines ; je ne les donnerais pas pour quinze mille francs. » Mlle X... reste convaincue que Mme B... l'attirait chez elle pour la faire causer. Il lui arrivait en effet de dire « des choses en l'air » et Willy caché derrière un rideau prenait des notes pour ses futurs livres.

Le délire dépassa la limite purement interprétative. Des hallucinations de l'ouïe ajoutèrent au trouble de Marie X... Quand, en compagnie de son chien, elle entrait dans une salle de restaurant, ici et là on murmurait : « Tiens voilà Claudine et son chien ! »

A cette époque, Mlle X... se voyait congédiée de son appartement ; les propriétaires refusaient de l'entendre et les concierges la tenaient pour suspecte. Ruinée dans sa réputation et dans son honneur, elle dut prendre asile chez Mme B... dont elle connaissait toutes les vilenies. L'entente fut de courte durée. Mlle X... quitta sa compagne pour ne plus la revoir. N'ayant aucune intention de vengeance, elle avait élu domicile ailleurs, quand soudainement une idée fixe lui vint qui précipita le dénouement. « Un soir, nous dit-elle, je songeais à Mme B... et je pensais, sans plus m'y arrêter, que je pourrais tuer cette femme. Puis, le désir de la tuer m'envahit avec une irrésistibilité que je ne puis décrire. Je me couchai en y pensant toujours. Je comptais les heures pour arriver plus vite au matin, car j'attendais le lendemain avec impatience. Dès que le jour parut, et sans faire de toilette, j'allai prendre position à la terrasse d'un café, dissimulant dans mon manchon un couteau de cuisine. J'attendis longtemps, de plus en plus fiévreuse en disant toujours : Tue-la, tue-la ; il faut que tu la tues. Enfin Mme B... passa. Je vis comme un éclair de haine briller dans ses yeux. Mon sang ne fit qu'un tour dans mes veines. Je me

précipitai, brandissant mon couteau et bousculant les tables : Tue-la, tue-la ; il faut que tu la tues !... Mais brusquement mon bras fut paralysé ; je restai anéantie, clouée sur place ; un cri s'étouffa dans ma gorge et je ne pus dire que des mots inarticulés : « Sale femme, femme de rien ! »... On m'entoura et l'on m'emmena au poste de police. »

L'observation précédente est intéressante à divers égards. Nous y voyons d'abord un fond de suggestibilité manifeste, comme point de départ d'un délire ; puis nous voyons ce délire évoluant pour son propre compte à la faveur de cette même suggestibilité qui découvre pour lui dans le monde extérieur, autant de preuves matérielles qu'en réclame sa logique morbide. Sur cet échafaudage, nous voyons enfin se greffer, par un enchaînement puéril d'interprétations, des idées rétrospectives de persécution dont la réaction définitive menace d'être grave. Mais cette réaction même, de par son caractère paroxystique et mal combiné tout à la fois, s'éloigne singulièrement de la réaction froide et préméditée des persécutés chroniques : elle est la conclusion harmonique et légitime de toute l'épopée, car, dans sa conception comme dans son exécution, elle est frappée au double sceau de la débilité et de l'impulsivité des dégénérés.

L'intérêt médico-légal vient s'adjoindre à la curieuse histoire de ce prétendu « modèle » qui affirme avoir *posé* devant l'écrivain..., Notre étrange malade a été homicide d'intention sinon de fait. L'acte de meurtre a été voulu. « C'est mon bras qui s'est paralysé », a déclaré Marie X... A côté de l'impulsion homicide, le phénomène d'arrêt. Cette inhibition n'est d'ailleurs pas pour surprendre sur ce fond de dégénérescence mentale.

Meurtre dans un asile d'aliénés. — On mande de Marseille qu'un nommé Bazille Sabaton, âgé de quarante et un ans, étant mort lundi à l'asile des aliénés, le médecin constata sur le corps du malheureux des blessures assez graves pour avoir entraîné la mort. Une enquête fut ouverte, à la suite de laquelle il a été établi que le gardien Barthélemy et trois veilleurs, pris de boisson dans la nuit de Noël, avaient mortellement blessé Sabaton avec un instrument contondant. Ces quatre misérables ont été arrêtés (*Le Temps*). — D'où la nécessité de l'exclusion des gardiens ivrognes.

PSYCHOLOGIE

La psychologie des dégénérés ; Les dégénérés mystiques ;

PAR LE Dr CH. BINET-SANGLÉ
Professeur à l'Ecole de psychologie.

(*Leçon d'ouverture.*)

Mesdames, Messieurs.

La psychologie des dégénérés est une science relativement récente. Elle a été inaugurée par Bénédikt Morel, dont le *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine* paru en 1857, et continuée par Valentin Magnan, Maurice Legrain et H. Saury, pour ne citer que les plus connus parmi les aliénistes qui s'y consacrèrent.

Je n'ai pas l'intention de traiter dans une Ecole qui précisément compte parmi ses professeurs le docteur Maurice Legrain, des dégénérés en général. C'est seulement des dégénérés mystiques que je veux parler, et déjà le sujet est assez vaste. Il est d'autant plus vaste que les dégénérés mystiques ne se rencontrent pas seulement, comme on pourrait le croire, dans les asiles d'aliénés : ils emplissent ces asiles spéciaux qu'on appelle les monastères.

Je m'engage, je le sais, sur un terrain brûlant. Sans doute l'humanité a traversé la période éruptive. L'une des conséquences du progrès scientifique a été l'extinction graduelle des mauvaises passions. La croix de la Saint-Barthélemy ne souillera plus nos portes, et nous n'entendrons plus le râle des penseurs sortir des bûchers de l'Inquisition. Le Roi-Soleil a emporté, dans le pourpre de son déclin, jusqu'au souvenir de la chamillarde et des missions bottées de Louvois; et de ces temps où la foi se mesurait à la haine, il ne restera bientôt plus que les statues d'Etienne Dolet et de Michel Servet debout sur nos places publiques comme des remords de

bronze. Mais le sous-sol n'est pas refroidi encore. Au-dessous de l'humanité qui pense, la lave bouillonne de l'humanité barbare. Dans les pays les plus civilisés, les siècles disparus ont leurs représentants : ce sont ces produits de parents intoxiqués ou malades que nous appelons les dégénérés mentaux.

Chez eux les émotions et les passions, l'enthousiasme inconsidéré, la haine virulente et la peur morbide rendent difficiles, sinon impossibles, l'observation et le raisonnement ; et leurs gestes impulsifs peuvent ouvrir sous les pas du chercheur tranquille des fumerolles et des cratères.

Messieurs, c'est d'un pas égal que je m'avancerai sur le terrain volcanique que j'ai choisi. Je n'ai pas l'orgueil de Typhée et d'Encelade, et m'efforcerai d'être plus prudent qu'Empédocle et que Pline l'Ancien. Mais, ayant conscience de faire œuvre utile, travaillant, dans la mesure de mon pouvoir, au progrès de la science et par conséquent au bonheur des hommes, je ne rebrousserai pas chemin.

Les religions ont fait du bien et ont fait du mal, et je crois qu'aujourd'hui, en se dressant devant la science, et en s'efforçant d'accaparer l'instruction publique pour en limiter les effets, elles font plus de mal que de bien. Et cependant vous n'entendrez sortir de ma bouche aucune parole de réprobation. C'est que les phénomènes religieux sont, comme tous les autres, parfaitement déterminés, et qu'en les appréciant de façon malveillante, je ressemblerais à ces sauvages de l'Afrique centrale qui s'irritent contre la pluie et le vent.

Avant de parler des dégénérés mystiques, il me faut dire en quoi consiste la dégénérescence.

Les protoplasmas vivants ou *bioprotéons* sont des édifices chimiques complexes mais définis, et cristallisant sous des formes définies qui sont celles des êtres vivants. La forme étant, pour les végétaux et les animaux comme pour les minéraux, fonction de la composition chimique, il y a autant de bioprotéons différents qu'il y a de formes différentes, c'est-à-dire qu'il y a d'êtres, car il n'est point deux individus qui se ressemblent trait pour trait.

Mais ces diverses substances ont des caractères com-

muns, qui sans doute permettront plus tard de les grouper en espèces chimiques, vraisemblablement correspondantes aux espèces morphologiques.

En raison de leur complexité même, les bioprotéons sont des édifices extrêmement instables, extrêmement sensibles aux influences du milieu ; et par milieu j'entends, non seulement le milieu chimique, mais les milieux physique et mécanique, qui influent chimiquement sur le bioprotéon. Que le milieu change, et il en résultera une modification dans la composition, et par conséquent, si légère soit-elle, dans la forme générale de l'être, dans la composition et dans la forme aussi des cellules qui le composent, et en particulier des cellules sexuelles, par suite, des modifications dans la composition et la forme du produit.

Si l'on vient à retourner un bourgeon de thuya, la feuille qui en sort prend, à sa face inférieure, les caractères histologiques que possède normalement la face supérieure.

Si l'on coupe les rameaux verts de la pomme de terre, il se forme sur les rhizomes des feuilles à la place de tubercules.

La baleine, en adoptant la vie aquatique, ayant cessé de s'appuyer sur son fémur, cet os finit par s'atrophier et par n'être plus nourri que par de petits vaisseaux sanguins ; mais, en revanche, l'animal se servant pour sa propulsion des muscles qui entourent cet os, ceux-ci s'accrurent jusqu'à former d'énormes masses richement irriguées. Cette modification se produisit certainement, bien qu'à un très faible degré, chez le premier animal du genre baleine qui adopta la vie aquatique, et elle entraîna une modification des cellules sexuelles qui déjà esquissèrent le fémur réduit du cétacé. Mais ce ne fut qu'au bout d'un nombre considérable de générations et par addition que cette modification devint appréciable.

« Si l'œuf, dit excellemment Yves Delage, contient les substances caractéristiques de certaines catégories de cellules de l'organisme, il doit donc être touché en même temps que ces cellules, et par les mêmes agents. Si ces agents ont une action excitante ou déprimante et poussent l'organe à se développer davantage ou à s'atrophier, il se produira dans l'œuf une action parallèle : les

substances correspondantes subiront un certain accroissement ou une certaine déchéance, et, lorsque l'œuf se développera, les cellules chargées de les localiser en elles, et par suite les organes formés de ces cellules, subiront l'effet de cette déchéance ou de cet accroissement » (1).

De l'œuf, fragment du cristal bioprotéique ainsi modifié, naîtra naturellement un cristal modifié. Tout le secret de l'hérédité est là.

Cette conception Messieurs, nous la devons au philosophe Herbert Spencer. Le premier, il comprit que le phénomène de l'hérédité embrassait les trois règnes, que la reproduction des végétaux et des animaux était identique à la reproduction des cristaux, et que, le plus simple étant aussi le plus général, le problème de l'hérédité se réduisait au problème de la cristallisation.

Et vraiment l'on se demande comment les naturalistes n'ont point vu qu'entre le fragment de cristal de bimalate de potasse, le fragment de feuille de bégonia, le fragment d'étoile de mer et le fragment d'homme, qui, en se développant, reproduisent le minéral, la plante, ou l'animal entier, il n'y a aucune différence au point de vue de l'évolution. On se pose la question, et l'on ne tarde pas à y répondre. Cette idée si simple ne pouvait venir qu'à un philosophe habitué à embrasser du regard l'ensemble des phénomènes, mais non, étant donné nos méthodes d'instruction actuelles, à un minéralogiste, à un botaniste ou à un zoologiste.

Car, — il faut bien le reconnaître —, le vingtième siècle traîne après lui, comme un boulet, la pédagogie du moyen-âge. Alors que, pareille au soleil levant, la science répand à chaque minute dans le cerveau des hommes un peu plus de lumière, un peu plus de bonheur, un peu plus de la joie de vivre et de l'insouciance de mourir, nous livrons encore les jeunes générations aux grammairiens et aux rhéteurs. Pendant des années, les précieuses années de la jeunesse, où l'on ne demande qu'à apprendre la vie, nous les condamnons, sous je ne sais quel prétexte de gymnastique cérébrale, à l'étude de la mort.

(1) YVES DELAGE. — *L'hérédité et les grands problèmes de la biologie générale*, 1903, p. 837.

Prisonniers dans ces lycées qui rappellent les mastabas de la nécropole memphite, penchés sur les grimoires comme des archéologues sur les tombeaux, ils déroulent les bandelettes des vocables, jusqu'à ce que, juste récompense de ces héroïques logomachies, le baccalauréat, la baie de lauriers des athlètes antiques, leur assure une place de cocher de fiacre ou de garçon livreur. La science emplit le champ de la vie et de la pensée, et la jeune humanité, sous l'œil des linguistes, conjugue des aoristes périmés.

Ces jeunes gens qui, pour mieux comprendre le français, paraît-il, ont appris le grec et le latin tout en négligeant le sanscrit, source commune des langues aryennes, qui ont traduit cent vers d'Hésiode, mais n'ont point lu Baudelaire, qui ont traduit trois scènes de Térence, mais n'ont point lu Beaumarchais, qui ont analysé trois pages de Fénélon, mais n'ont point lu Voltaire, ces jeunes gens, dis-je, au moment d'entrer dans le monde, se hâteront de prendre une légère teinture des sciences. S'ils y prennent goût, ils n'auront que le temps de se spécialiser. Ils deviendront des minéralogistes, des botanistes, des zoologistes, des médecins, confinés dans leur sphère, incapables de s'élever aux vastes conceptions, et de deviner, comme le fit le grand philosophe anglais, que le cristal, le végétal et l'homme se reproduisent suivant les mêmes lois.

Heureux encore s'ils parviennent à le comprendre. Cette théorie si belle, si simple, et qui semble devoir s'imposer à l'esprit, dès qu'on en prend connaissance, n'est guère distinguée des autres par les auteurs, et il a fallu les découvertes récentes du professeur napolitain Hugo von Schrön sur la vie des cristaux pour attirer l'attention sur elle. Ainsi, Messieurs, le problème de l'hérédité — et je livre ceci aux méditations du distingué dramaturge qu'est M. Brieux, l'auteur de l'*Évasion*, — le problème de l'hérédité se réduit au problème de la reproduction des cristaux.

Il en est de même du problème de la dégénérescence.

La dégénérescence en effet n'est qu'une forme de l'hérédité. C'est le remplacement, par suite des influences de milieu, d'un végétal ou d'un animal, c'est-à-dire d'une

machine vivante, par une autre machine vivante moins parfaite que la première. Le milieu, nous le savons, est complexe. C'est l'ensemble des forces auxquelles nous sommes soumis. Les résistances mécaniques, la chaleur, la lumière, l'électricité, la composition de l'air respiré et des aliments ingérés, l'action des parasites travaillent concurremment à la transformation des êtres.

Mais de ces causes, il n'en est pas de plus active que l'alimentation. En effet, pour que les éléments musculaires, élastiques, osseux, cartilagineux ou nerveux se développent, il est nécessaire que l'animal absorbe des substances capables de donner naissance à la myosine, à l'élastine, à l'osséine, à la chondrine, à la névrine. Les aliments agissent en modifiant la composition du sang, qui réagit sur le protoplasma. Celui-ci réagit à son tour sur le sang par les excreta qu'il y déverse.

« L'addition de la substance nouvelle, dit Yves Delage, rend possible une nouvelle différenciation histologique. Si, comme nous le pensons, la différenciation repose sur la séparation, dans des cellules déterminées, et par le moyen de la division hétérogène, d'un protoplasma où une (ou quelques) substance prédomine sur les autres, il est évident que, grâce à la substance nouvelle, une nouvelle catégorie de cellules pourra se différencier en même temps que les anciennes cellules seront plus ou moins modifiées, et ces nouvelles cellules pourront donner naissance à un nouvel organe et à une nouvelle fonction » (1). « Le fer, arraché sans doute aux roches ferrugineuses par les végétaux qui en ont formé un élément de leur chlorophylle, est devenu chez les animaux un élément de l'hémoglobine, où il joue un rôle tout autre que dans la chlorophylle des végétaux » (2).

« Les caractères de race des Islandais, des Bretons, des Arabes, des Samoyèdes, etc., sont dus en partie à leur régime, principalement à leur nourriture, qui contribue à leur donner une physionomie commune, de même que le buveur d'absinthe, de vin, de bière, le fumeur d'opium, le mangeur de haschich ont leur facies à part » (3).

Ainsi les influences de milieu, et surtout l'alimentation, sont la cause et l'unique cause des modifications chimi-

(1) Yves Delage. — *Loc. cit.*, p. 863.
(2) Yves Delage. — *Loc. cit.*, p. 863.
(3) Ibid., p. 835.

ques et par conséquent morphologiques des êtres, l'unique cause de la dégénérescence.

Si la machine humaine se transforme en une machine moins parfaite, c'est grâce à l'action des poisons alimentaires (alcool, tabac, opium) ou microbiens (tuberculose, syphilis, cancer, lèpre) sur les éléments cellulaires et en particulier sur les cellules sexuelles, de l'excès ou de l'insuffisance des aliments (polytrophie, famine, misère), de l'excès de chaleur ou de froid, de sécheresse ou d'humidité, de l'insuffisance ou de l'excès de travail causé par les résistances mécaniques et sociales, en un mot de toutes les défectuosités du milieu.

Sous nos climats, l'alcoolisme est la principale cause de la dégénérescence. La tuberculose elle-même, considérée comme l'une d'elles, serait, pour Lancereaux, — et je partage sa manière de voir, — une des formes de la dégénérescence alcoolique. Le microbe crée la maladie, mais l'alcoolisme des ascendants ou du sujet lui-même crée le terrain favorable.

Or, de tous les tissus de l'organisme, il n'en n'est pas de plus sensible à l'alcool que le tissu nerveux. L'alcool altère profondément les neurones et, dans le spermatozoïde ou dans l'ovule, la substance qui les représente. Aussi est-ce le système nerveux qui est surtout atteint chez les dégénérés alcooliques.

Tantôt une portion de la substance pronerveuse de l'œuf est détruite, et un certain nombre de neurones ne se développent pas.

Les moins altérables sont ceux dont la différenciation est la plus ancienne, les plus altérables ceux dont la différenciation est la plus récente dans la série phylogénique. Alors que les métamères sous-encéphaliques sont rarement touchés, l'écorce cérébrale l'est presque toujours.

Ce défaut de développement peut porter sur des régions très vastes. Il peut intéresser le cerveau tout entier. Certains idiots, réduits à la moelle et au bulbe, et par suite aux réflexes rudimentaires, se sont, dans l'évolution embryogénique, qui est, on le sait, parallèle à l'évolution phylogénique, arrêtés au stade du vers ou de l'amphioxus. D'autres, réduits au cerveau postérieur, et par suite aux sensations et instincts, incapables de réflexion.

esclaves de leurs besoins et de leurs impulsions, ont la mentalité, le don d'imitation et parfois l'aspect extérieur des anthropopithèques.

Que l'évolution atteigne un stade un peu plus avancé, que l'arrêt de développement ne porte que sur les couches les plus récentes de l'écorce, et l'on a l'*imbécile*, le *débile*, l'*arriéré*, d'un mot *le dégénéré inférieur*.

L'arrêt de développement peut n'intéresser que certaines régions de l'écorce, les autres ayant achevé leur évolution. On a alors une variété de dégénéré qu'on a jusqu'ici complètement négligée dans les classifications, ce que j'appellerai le *dégénéré moyen*. Les déséquilibrés, originaux, toqués et maniaques, dont l'intelligence n'est notablement ni inférieure ni supérieure à la normale, rentrent dans cette classe.

Enfin il peut arriver que le cerveau soit, par certains côtés, celui d'un homme supérieur, par d'autres celui d'un débile, d'un imbécile ou d'un idiot, et l'on a le *dégénéré supérieur*. A cette classe appartiennent un certain nombre d'hommes de génie.

Au point de vue anatomique, ce qui caractérise les dégénérés, et surtout les dégénérés moyens et supérieurs, c'est l'asymétrie cérébrale. Cette asymétrie, qui a pour conséquence la déséquilibration mentale, est, selon moi, la condition matérielle du trait d'esprit et du coup de génie.

La découverte soudaine me paraît être le résultat d'une décharge nerveuse éclatant, par suite de la difformité du condensateur et de l'inégalité des charges, entre deux groupes de neurones éloignés, et par suite revêtus d'empreintes notablement différentes. De là un rapprochement imprévu, irréfléchi, involontaire, entre deux idées disparates.

Aussi bien ne faut-il pas, de parti pris, attacher au mot dégénéré un sens péjoratif. Le cheval pur sang anglais, animal dégénéré, et qui supporterait difficilement la vie sauvage, est fort apprécié des cavaliers. Le boulonnais, autre création du génie de l'homme, et qui, en raison de sa lourdeur, ne pourrait échapper à la dent des fauves, est fort apprécié des camionneurs. La vache laitière, le mérinos, le dishley à la laine soyeuse et fine doivent

également leurs qualités spéciales à la dégénérescence.

Il en est de même dans l'espèce humaine.

La société, Messieurs, ressemble à une machine qui, pour bien fonctionner, a besoin d'organes fort divers.

Ils n'ont pas tous le même volume, le même poids, la même forme, la même résistance, mais, au point de vue du bon fonctionnement de la machine, ils ont tous la même valeur : L'excentrique vaut l'arbre de couche.

Il y aurait pour mon ami Franc-Nohain, qui prête si plaisamment aux choses inanimées les sentiments des hommes, une bien jolie fable à écrire, celle de la bielle et du déclic : la bielle méprisant le déclic, et le déclic faisant observer à la bielle qu'elle ne serait sans lui qu'une masse inerte entre ses deux pivots.

La bielle, Messieurs, c'est l'homme normal, sain et robuste, plein de bon sens et d'énergie rythmée. Le déclic, c'est le dégénéré. Le dégénéré constitue un des éléments, peut-être le principal élément du progrès. C'est lui qui le plus souvent fait les découvertes, institue les réformes, hâte les évolutions, suscite et dirige les révolutions. En science, en art, en politique, en religion, son rôle est primordial. Ne le méprisons donc pas. Mais suivons le bon sens populaire, qui excuse, en faveur des services qu'ils rendent, les incartades des hommes de génie.

Ainsi la dégénérescence mentale peut consister dans le non développement d'un certain nombre de neurones. Elle peut consister aussi dans leur arrêt de développement. Cet arrêt de développement a une conséquence qui mérite de retenir votre attention.

J'ai cru pouvoir poser en loi que le protoplasma de toute cellule vivante est susceptible de se contracter sous l'influence des différents modes du mouvement.

Cette contractilité, je l'ai relevée chez 43 espèces de cellules appartenant aux deux règnes et à divers tissus. Elle a été observée chez la cellule nerveuse, par J. Havet, Jean Demoor, Micheline Stefanowska, Querton, Robert Odier, décorée du nom d'amiboïsme des neuromes, et niée, presque aussitôt que découverte, par Von Lenhossek, Kölliker et Ramon y Cajal.

Sans revenir aux arguments que j'ai cru devoir opposer, dans le *Progrès médical*, à ces trois célèbres histolo-

gistes — car j'ai trop étudié Pascal et les Evangélistes pour accepter comme paroles d'évangile les affirmations des autorités, — je puis dire qu'il serait surprenant que le neurone fût dépourvu d'une faculté qui appartient à tant d'autres cellules, et qui paraît être la condition même de la vie.

Assurément on est allé trop loin en prétendant que les neurones se contractaient au point de se séparer momentanément les uns des autres.

Peut-être même s'est-on trompé en voyant dans l'état perlé de leurs prolongements l'effet de la contraction, bien que ce phénomène et cet état soient manifestement associés chez *Bacillus anthracis*, chez les plantes des genres *Chara*, *Nitella* et *Mesocarpus*, chez *Tradescantia virginica*, *Drosera rotundifolia* et chez les Rhizopodes. Il se peut, en effet, que la contraction se produise dans l'intérieur même des prolongements neuroniens, sans que leur forme en soit sensiblement modifiée, et qu'elle n'intéresse par exemple que les fibrilles de Golgi. Quoi qu'il en soit, il me paraît certain que le bioprotéon des neurones est susceptible de se contracter, et que cette contraction a pour effet la formation, dans les conducteurs qu'ils constituent, des zones mauvaises conductrices que j'ai appelées les *neurodiélectriques*. Je vous renvoie pour le détail de cette théorie aux *Archives de neurologie* où je l'ai publiée. C'est la formation et la disparition des neuro-diélectriques, par conséquent la contractilité des neurones, qui, selon moi, règle tous les phénomènes de la pensée.

C'est-elle qui, en particulier, me paraît être la condition physiologique de la suggestibilité. Subir une suggestion, c'est recevoir une idée et la tenir pour vraie sans la contrôler, sans y réfléchir, ou sans y réfléchir suffisamment. Or la réflexion consiste essentiellement dans la comparaison de plusieurs images ou idées différentes, clichées sur des neurones différents.

Vous connaissez, Messieurs, ces petits appareils de physique amusante qu'on appelle les tubes de Geissler. Les tubes de Geissler, auxquels on peut donner différentes formes, deviennent lumineux au moment ou le courant électrique les traverse. Or supposons des tubes de Geissler représentant divers objets : un cristal, un bégo-

nia, une étoile de mer, un homme, et reliés ensemble par des conducteurs qu'interrompent des diélectriques peu résistants. Faisons passer le courant. Nous verrons apparaître le cristal, puis, si le courant augmente d'intensité, le bégonia, puis l'étoile de mer, puis l'homme.

C'est précisément ce qui se produit dans la rêverie et dans la réflexion, qui n'est qu'une rêverie intense et limitée. Le courant nerveux fait s'illuminer, sur les neurones qu'il traverse, les clichés qui y sont inscrits, et les rend perceptibles à la conscience. Et c'est ainsi que, passant du cristal au bégonia, du bégonia à l'étoile de mer, et de l'étoile de mer à l'homme, la réflexion d'un Herbert Spencer aboutit à la conception de l'unité de loi dans la reproduction des minéraux, des végétaux, et des animaux.

La réflexion est d'autant plus aisée, plus étendue, et plus profonde que les neurodiélectriques qui s'opposent au passage du courant nerveux sont moins résistants. Dès lors on conçoit que si les neurones sont très contractiles, si les neurodiélectriques s'y forment aisément, et si, par suite, les courants nerveux y sont aisément interrompus, la réflexion sera rendue difficile, sinon impossible.

Or, plus une cellule, plus un neurone est jeune, plus il se rapproche de l'état de l'amibe dans la série phylogénique, de l'état du spermatozoïde et de l'ovule dans l'évolution individuelle, plus il est contractile. C'est chez les Mollusques, chez les Annélides, chez les Crustacés, chez les Batraciens, chez les Mammifères inférieurs, que la contractilité des neurones a été particulièrement observée.

Et ainsi s'explique la mobilité de l'esprit de l'enfant, la facilité avec laquelle il passe d'une idée à une autre, son extrême suggestibilité.

Dès lors, chez tout individu arrêté dans son développement, la contractilité du neurone, et par conséquent la suggestibilité sera considérable.

En effet, Messieurs, le cerveau des dégénérés est une cire molle qui reçoit toutes les empreintes. Incapables d'observation et de réflexion soutenues, ils acceptent comme paroles d'évangile toutes les idées qu'on leur impose.

Ce sont eux qui constituent les sectes religieuses, les clans littéraires et artistiques, les partis politiques que la passion seule domine, depuis les réactionnaires farouches jusqu'aux anarchistes exaltés, les bandes de criminels et les prostituées. Ils passent d'un groupe à l'autre avec la plus grande facilité. Plusieurs courtisanes sont devenues des saintes. Nombre d'assassins sont entrés au monastère ! Et que d'anarchistes sont des mystiques dévoyés !

Est-ce à dire que tous les dégénérés sont mentalement identiques ? Je ne le crois pas. Sans doute ils ont un fonds commun, mais ils diffèrent par certains côtés. et il ne faut pas, pour devenir un voleur de grand chemin, identiquement les mêmes aptitudes que pour devenir un carme.

Laissant à mon distingué collègue, M. Blieck, le soin d'exposer devant vous la psychologie. des dégénérés criminels, je me suis restreint à l'étude des dégénérés mystiques.

La psychologie des dégénérés mystiques se confond avec la psychologie religieuse ou hiéropsychologie. C'est la science des phénomènes dont le cerveau des religieux de vocation et des dévots est le théâtre, et particulièrement des idées, des émotions et des sentiments religieux. Cette science, qui est une branche de l'anthropologie, fait partie des sciences naturelles, et emprunte leur méthode. Cette méthode comprend quatre temps : l'observation, la comparaison, la généralisation, l'induction.

L'observation se divise en hétéroobservation et en autoobservation.

L'hétéroobservation comprend elle-même deux procédés, l'hétéroobservation directe et l'hétéroobservation indirecte, actuelle ou rétrospective. L'hétéroobservation directe est évidemment la meilleure, mais elle est difficilement praticable. Les religieux et les dévots se prêtent mal aux recherches de l'hiéropsychologiste, qu'ils présument dépourvu de foi et rebelle à toute conversion. Toutefois l'américain Leuba, ayant adressé des questionnaires à ces sujets, a obtenu un grand nombre de réponses. Pour ma part, je n'ai employé l'hétéro-observation directe que très rarement.

L'hétéroobservation indirecte m'a offert plus de res-

sources. C'est à elle que j'ai eu le plus souvent recours. Jusqu'ici, en effet, mon travail s'est presque réduit à dépouiller des documents historiques, à établir d'après eux des observations analogues aux observations cliniques, et à comparer ces observations j'ai analysé de préférence les documents présentant un caractère de sincérité indéniable ; et, à ce point de vue, les mémoires, biographies et confessions des religieuses de Port-Royal m'ont fourni des faits d'une netteté et d'une précision psychologique qu'une hétéroobservation directe et provoquée ne m'eût peut-être pas donnés.

Je ne dirai qu'un mot de l'autoobservation. Sans doute on trouvera rarement un hiéropsychologiste dont les sentiments religieux aient été, à une certaine époque de sa vie, assez développés pour que sa propre observation ait une grande valeur. Du moins, tels qu'ils furent, ils lui permettront de se rendre compte de ce que pensent et éprouvent les religieux de vocation et les dévots.

Telles sont, Messieurs, les diverses manières d'observer dont dispose l'hiéropsychologiste. Quant aux autres temps de la méthode, comparaison.généralisation, induction, ils n'offrent rien de particulier, sinon que ces opérations doivent être, plus encore que dans les autres sciences naturelles, prudentes et réservées. Car s'il est une science qui exige de la circonspection, c'est bien celle qui est appellée à heurter tant et de si puissants intérêts que l'hiéropsychologie.

Pour moi, je n'ai guère dépassé la période d'observation. Et c'est pourquoi ce cours mérite à peine le nom de cours. C'est plutôt une série de conférences que je vais vous faire. Je me contenterai en effet, cette année,de vous soumettre les plus intéressantes des observations que j'ai prises, et, pour suivre l'ordre du temps, nous commencerons par les prophètes juifs.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

LXXXIV.— **Contribution à la question de la sensibilité vibratoire (osseuse)**, par E.A. Schtscherbak.— **Nouvelles recherches expérimentales sur l'action physiologique des vibrations mécaniques**, par le même. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII. 1903.) — **De la localisation et de la valeur clinique de la sensibilité osseuse ou vibratoire**, par L. Minor. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Schtscherbak pense que le perioste, les articulations, peut-être aussi les ligaments articulaires contiennent des appareils nerveux périphériques dont l'excitation par les vibrations mécaniques fournit une sensation spéciale ; cette sensation mériterait donc le nom de sensation vibratoire. La peau n'est qu'un bon conducteur transmettant jusqu'aux os les agitations mécaniques. Le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles constituent des absorbants.

Chez les sujets pathologiques, la sensibilité vibratoire peut présenter des altérations tout à fait indépendantes de l'état de la sensibilité profonde et de tous les autres modes de la sensibilité cutanée. D'où la nécessité de rechercher chez tout névropathe la sensibilité vibratoire en même temps que les autres modes de la sensibilité. Il existe une hypoesthésie, une anesthésie, une hyperesthésie vibratoires. La conductibilité s'en est montrée ralentie dans le tabès.

Cette méthode représente un procédé expérimental facilement applicable à l'étude de la physiologie normale et pathologique du système nerveux et au diagnostic des affections nerveuses. Elle permet en chargeant certains segments du cerveau d'une dose d'énergie quelconque d'en analyser les fonctions ; l'application locale des vibrations est un moyen d'apprécier l'activité segmentaire. A l'appui de sa valeur thérapeutique, M. Schtscherback cite l'exemple d'une fillette de 13 ans. On constatait dans la région thoracique et dans les membres supérieurs les signes d'une *dystrophie musculaire progressive*. Les membres inférieurs témoignaient d'une *polio-myélite antérieure progressive*. Quinze séances de vibration du diapason sous la rotule demeurant inactives, on fit agir le vibrateur électrique ; les réflexes patellaires et achilléens reparurent. Le vibrateur à main fit perdre le terrain gagné. Cinq nouvelles séances à l'aide d'un vibrateur puissant faisaient réapparaître les réflexes. Agissant dès lors tantôt sur le genou droit,

tantôt sur le genou gauche, on vit se rétablir les fonctions des muscles, du tronc, du cou, des jambes. La cuisse atrophiée augmenta de volume. Le système nerveux, en se rechargeant, a récupéré son influence trophique sur les tissus.

M. Minor, à la lumière de vingt-six observations, aboutit de son côté aux conclusions suivantes :

1° Pour comparer exactement la sensibilité vibratoire avec les autres qualités de la sensation, il faut se servir d'un appareil à vibrations ininterrompues (diapason mû par l'électro-aimant). — 2° L'intégrité des os n'est pas du tout indispensable à l'intégrité de la sensibilité vibratoire ; celle-ci peut demeurer normale dans les fractures graves avec esquilles, avec grand écartement des fragments. L'œdème des parties molles qui entourent les os fracturés semble exercer une influence bien plus grande. — 3° Les fragments osseux compris entre le point fracturé et une articulation fortement altérée continuent à conduire la sensibilité vibratoire. — 4° La périostite, la carie, les épaississements superficiels des os n'exercent aucune influence sur la sensation vibratoire. — 5° N'exercent pas davantage d'action sur la netteté de la sensation vibratoire les affections articulaires les plus profondes avec ankyloses, fistules, épaississements, etc.. — 6° Certaines parties du squelette (colonne vertébrale, côtes), et même des parties molles comme les téguments cutanés, dépourvues de toute sensibilité à raison d'une lésion transverse de la moelle, ne s'opposent souvent pas à la perception des plus nettes de la vibration du diapason appliqué en ces régions. — 7° On perçoit aussi nettement les vibrations du diapason appliqué sur des os dénudés, ayant ou non leur périoste, sur des os nécrosés, et même sur des séquestres libres. — 8° Tous ces faits prouvent que les jointures ne jouent guère de rôle dans la transmission de la sensibilité vibratoire, et qu'il ne saurait être question de la localisation exacte de la sensation vibratoire au point d'application, ainsi que cela a lieu pour les autres modes de la sensibilité cutanée. — 9° Quand le nerf périphérique est lésé en même temps que l'os, la sensibilité vibratoire disparaît généralement. — 10° Elle est diminuée dans le calus osseux récent, mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour savoir s'il existe une sensibilité osseuse spéciale. — 11° En somme, la nouvelle méthode de recherche ne paraît supporter la comparaison avec les anciens procédés d'examen de la sensibilité, ni quant à la simplicité de l'épreuve, ni quant à la précision des données, ni quant aux résultats cliniques jusqu'ici obtenus. Cela tient principalement à ce que nous avons affaire en l'espèce non à une seule excitation mais à une sommation d'excitations. — 12° Il se peut que la sensibilité vibratoire trouve son application en neuro-pathologie, mais il faut certainement qu'il soit procédé à de nouvelles recherches. P. Keraval.

LXXXV. — **Quelques considérations relatives au mode de répartition des cellules motrices de la moelle au niveau de l'origine des nerfs des membres**, par G. Bikeles. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904.)

Supposons une coupe transverse et horizontale de la moelle dans les régions en question.

L'innervation postérieure se fait par groupe antéro-interne de cellules ; il contient outre de grandes cellules commissurales, des cellules motrices destinées aux muscles du dos (vertébraux).

L'innervation antérieure s'effectue comme suit :

Dans le plan antéro-postérieur de la coupe, ce sont toujours les groupes cellulaires destinés aux muscles des segments du corps les plus rapprochés qui sont en avant. Ainsi dans la région du bras, les muscles de la ceinture de l'épaule et ceux qui attachent le bras au tronc ont leur centre dans le voisinage du bord antérieur de la corne antérieure, tandis que des cellules chargées d'innerver les muscles les plus éloignés occupent les environs du bord postérieur de la même corne.

Pour le plan transversal de la coupe, quand les cellules motrices destinées aux parties antérieures et postérieures du myotome sont contiguës sur une ligne transverse, ce sont celles qui sont en dehors qui correspondent aux parties postérieures, celles qui sont en dedans correspondent aux parties antérieures.

P. Keraval.

LXXXVI. — **Sur un cas d'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire chez un enfant de 12 ans, au cours d'une endocardite mitrale végétante** ; par MM. Gallavardin et Jambon. (*Bull. soc. méd. des hôp. de Lyon.* 31 mai 1904, p. 235.)

Cliniquement : Cinq atteintes de chorée de Sydenham en cinq ans, puis toux, amaigrissement. Premier ictus apoplectique avec hémiplégie droite et aphasie ; sept jours après, second ictus apoplectique avec contractures généralisées. Cheynes-Stokes et mort deux jours après dans le coma avec hyperthermie.

Autopsie : Endocardite mitrale végétante. Infarctus rénaux, infarctus suppuré de la rate. Ramollissement cérébral à gauche par embolie de la sylvienne. Hémorrhagie cérébrale à droite avec inondation ventriculaire. Il s'agit dans ce cas, d'après les auteurs, d'une *hémorrhagie cérébrale d'origine embolique*. On sait actuellement, depuis les recherches de Ponfich sur l'anévrysme embolique, comment se comportent les embolies arrêtées dans les vaisseaux lorsqu'elles sont infectantes.

La paroi vasculaire s'infecte de proche en proche, subit des al-

térations profondes et donne naissance à une dilatation anévrysmale qui secondairement peut se rompre et donner lieu à une hémorrhagie. Dans l'observation de M. Gallavardin, la présence d'une cause d'embolie (endocardite mitrale végétante); l'existence d'autres embolies dans la rate, les reins, la sylvienne gauche; le caractère infectant de ces embolies mis en évidence par le caillot puriforme trouvé dans la sylvienne et l'infarctus suppuré du pôle inférieur de la rate prouvent l'origine embolique de l'hémorrhagie cérébrale.

Ce cas est intéressant moins pour sa rareté anatomique, que parce qu'il se prête bien à la démonstration de la véritable signification de l'hémorrhagie cérébrale. G. Carrier.

LXXXVII. — **Un cas de cancer primitif de la colonne vertébrale** ; par MM. Péhu et Coste. (*Lyon médical*, 9 oct. 1904, p. 561).

Il s'agit d'un homme de 54 ans indemne de tout antécédent pathologique, chez qui survient, après une phase de douleurs en ceinture, une paralysie aiguë apoplectiforme, à évolution aiguë, puisqu'elle entraîne la mort en 4 jours.

A l'*autopsie*, les auteurs trouvèrent, avec l'intégrité complète des viscères, une tumeur ayant pris naissance sur les 8e et 9e vertèbres dorsales, et envahi les corps vertébraux qu'elles avait désagrégés jusqu'à produire une subluxation de la tige osseuse. L'examen histologique montre que la néoplasie avait pour origine le tissu osseux.

Il s'agissait donc, sans aucune réserve, d'un cancer primitif de la colonne vertébrale. Les auteurs insistent sur l'évolution extrêmement rapide et caractéristique de la paraplégie dans leur cas, qui s'ajoute à la trentaine d'observations déjà publiées. G. C.

LXXXVIII.— **Coexistence d'un rétrécissement mitral et d'une hémorrhagie cérébrale**, par MM. Leclerc et Beutter. (*Société méd. des hôp. de Lyon*, 15 nov. 1904.)

La coexistence d'une hémorrhagie cérébrale et d'un rétrécissement mitral est exceptionnelle, quand il s'agit d'une endocardite chronique. Lorsqu'on a affaire à une poussée endocardique aiguë ou subaiguë, on peut voir une hémorrhagie cérébrale d'origine embolique. C'est un processus spécial où l'hémorrhagie est secondaire à l'embolie.

Le cas de M. Leclerc est tout autre, il a trait à une hémorrhagie cérébrale chez un malade porteur d'un vieux rétrécissement mitral cicatriciel, dont l'origine remontait à des atteintes de rhumatisme articulaire aigu, la dernière datant de vingt ans. La présence d'une néphrite interstitielle explique la coexistence des deux lésions qui s'excluent généralement. G. C.

LXXXIX.— **Néoplasme de l'estomac, endocardite végétante ; embolies cérébrales ; déviation conjuguée de la tête et des yeux avec hémianopsie par ramollissement de la sphère visuelle occipitale** ; par MM. J. Nicolas et Cade. (*Société méd. des hôp. de Lyon*, 15 novembre 1904.)

Il s'agit d'un malade de 61 ans atteint d'un néoplasme de l'estomac qui présenta successivement les phénomènes suivants : une hémianopsie droite, puis un ictus qui laissa une aphasie motrice. Les jours suivants, parésie à installation successive, dans les quatre membres, enfin coma avec déviation conjuguée, de la tête et des yeux à gauche.

Inégalité pupillaire légère, la pupille gauche étant plus large que la droite et plus paresseuse aux impressions lumineuses. La pointe du cœur battait dans le 5e espace en dehors du mamelon. Les bruits étaient un peu sourds à la pointe ; rien à l'orifice aortique, les battements cardiaques étaient un peu accélérés (98 par minute) et présentaient quelques intermittences. Rien à l'examen des organes.

L'*autopsie* a confirmé l'existence d'un néoplasme de l'estomac et a permis de relier celui-ci aux manifestations nerveuses observées dans les derniers jours de la vie, par l'intermédiaire d'un chaînon qui manquait : une endocardite végétante. Celle-ci avait passé inaperçue à l'auscultation, elle siégeait dans le cœur gauche et ses végétations, peu adhérentes, placées au seuil même de l'aorte, étaient prédestinées aux migrations emboliques. Il y avait un foyer de ramollissement récent au niveau et autour de la scissure calcarine, les auteurs insistent sur l'existence de la déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche, coïncidant avec une hémianopsie droite par lésion de la scissure gauche. Cette association de l'hémianopsie et de la déviation conjuguée de la tête et des yeux est bien susceptible de l'interprétation proposée par M. Bard, qui soumet la plupart des cas de déviation conjuguée non spasmodique d'origine cérébrale à l'influence d'une hémianopsie. Chez le malade observé par les auteurs, la déviation de la tête et des yeux revêt bien le type de cette déviation par inhibition sensorielle, susceptible d'être corrigée par l'observateur et diminuant à mesure que le coma progresse. G. C.

XC. — **Hémianopsie homonyme droite par abcès sous-cortical du lobe occipital gauche** ; par M. Braun. (*Société médic. des Hôpitaux de Lyon*, 22 nov. 1904.)

Cette observation présente un certain intérêt en raison de sa localisation, qui est assez rare. Dans le lobe occipital gauche, existait une cavité du volume d'un petit œuf de poule siégeant en arrière de la corne postérieure du ventricule, séparée de celui-ci par

une paroi mince. L'abcès était sous-cortical et était séparé de l'écorce par une épaisseur de parenchyme cérébral de un centimètre et demi. Il se trouvait sur le trajet du faisceau des radiations optiques. Le pus de l'abcès contenait de gros cocci paraissant appartenir à la variété staphylocoque. Pas de bacilles de Koch. Au point de vue pathogénique, il semble que la porte d'entrée ait été une ampoule abcédée de la main droite, que le malade avait présentée huit jours avant l'apparition des symptômes fébriles et de la céphalée. G. C.

XCI. — **Le liquide céphalo-rachidien dans la rage clinique et expérimentale, cytologie ; virulence** ; par M. Lesieur, (*Société médic. des hôpitaux de Lyon*, 6 déc. 1904.)

Cytologie. — Examen du liquide céphalo-rachidien de quatre hommes ou femmes rabiques, retiré par fonction lombaire, puis centrifugé.

1er cas : jeune fille atteinte de rage à forme prolongée vérifiée histologiquement et par inoculation au lapin. Ponction lombaire au 6e jour de la maladie. *Examen cytologique négatif.*

2e cas : enfant de 8 ans atteint de forme délirante et hallucinatoire. Diagnostic confirmé par examen histologique et inoculation du cerveau : Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien la veille de la mort. Résultat négatif.

3e Cas : homme de 36 ans, mort en trois jours de forme hydrophobique.

Diagnostic confirmé histologiquement et expérimentalement. Résultat négatif de l'examen après la mort.

4e Cas : Forme furieuse chez un homme. Diagnostic confirmé par inoculation et histologie ; résultat négatif de l'examen du liquide céphalo-rachidien après la mort.

Il n'y a donc pas de leucocytose dans le liquide céphalo-rachidien des rabiques au moins dans les formes sus-indiquées. Expérimentalement, examen de trois chiens et trois lapins à l'autopsie. Les résultats ont été négatifs. En ce qui concerne *la virulence*, l'auteur confirme les données classiques, elle est inconstante dans le liquide céphalo-rachidien des rabiques. G. C.

XCII. — **Les troubles de la psycho-motilité**; par le Dr de Bucks (*Jour. de Neurologie*, 1904, n° 24.)

Dans ce travail, M. de Buck oppose l'une à l'autre les deux théories pathogéniques au moyen desquelles les *associationnistes* d'une part, les *volontaristes* ou *apperceptionnistes* d'autre part, expliquent les troubles de la psycho-motilité.

Pour les premiers, à la tête desquels se trouve Ziehen, nos actes sont les conséquences nécessaires de l'association de nos idées.

Cette association se compose d'un certain nombre de sensations ou de souvenirs qui, par leur combinaison, engendrent des actes sans intervention d'aucune activité psychique nouvelle. D'après cette conception, la *volonté* n'existant pas en tant que faculté spéciale, il ne saurait y avoir à proprement parler de troubles de la volonté, mais seulement des troubles des sensations, des tonalités affectives, des représentations mentales et surtout de l'association des idées ; et ce sont ces différents troubles que l'on retrouverait à l'origine de toutes les manifestations akinésiques hyper ou parakinésiques qu'on observe si communément chez les aliénés.

A côté de cette théorie, se dresse celle des apperceptionnistes ou volontaristes, à laquelle M. de Buck déclare se rallier. D'après cette théorie il existe un organe ou centre d'apperception correspondant au centre d'association antérieure de Flechsig, qui serait le siège de la volonté, de la personnalité libre et consciente et de ses déterminations. Mais l'étude de l'apperception et de ses troubles s'est enrichie dans ces dernières années de données nouvelles d'après lesquelles les actes volontaires, intentionnels et conscients ne sont possibles que grâce à la mise en branle de l'organe psychique des notions d'espace, c'est-à-dire de la stéréopsychie (Storch).

L'influence de la stéréopsychie et de ses altérations sur la psycho-motilité est à la fois sensorielle et motrice, comme celle des centres du psychisme inférieur. On comprend aisément que par le fait d'une excitation exagérée, d'une destruction des arcs stéréopsychiques, l'influx nerveux trouve obstacle à son passage et soit forcé de s'écouler par des voies d'association collatérales encore praticables. C'est par ce mécanisme d'irradiation ou par des mécanismes analogues que l'auteur explique les syncinésies psychiques et tous les troubles psychomoteurs qui constituent le syndrome catatonique sans parler de toute une autre série de phénomènes délirants, obsessifs, hallucinatoires, etc. On voit par cet exposé que la théorie stéréopsychique de Storch se rapproche beaucoup de la théorie de la séjunction entre l'identification primaire et l'identification secondaire de Wernicke et qu'elle n'est même que le complément d'interprétation physiologique de cette dernière. G. D.

XCIII. — **Contribution à l'étude de la microcéphalie** ; par W. M. Bechterew et M. N. Joukowsky. (*Obozrénie psichiatrii*, VII, 1902.)

A la suite de longs développements consacrés à l'historique de la question, les auteurs publient une observation excellente relative à un microcéphale de 17 ans (photographie), mort en janvier

1902 de pneumonie. Autopsie (figures). L'étude microscopique sera l'objet d'un mémoire ultérieur.

Hérédité maternelle très chargée. La mère a d'ailleurs eu trois enfants microcéphales. Le cerveau, diminué de volume dans son ensemble, est particulièrement réduit dans la région frontale, tandis que d'autres régions de l'hémisphère, notamment la région temporale, sont suffisamment développées. Les circonvolutions présentent une extrême simplicité dans leur disposition, qui tend à être rectiligne : il y a arrêt de développement de l'insula, de la seconde frontale ; la troisième frontale manque presque absolument. *Le corps calleux fait défaut.* Il n'existe pas de signes manifestes d'un processus pathologique dans le cerveau et les méninges. Il y a donc lieu de croire à un simple retard du développement cérébral, c'est-à-dire à une microcéphalie vraie. L'absence de corps calleux, qui a probablement retenti sur le développement de l'ensemble du manteau moins les régions temporales, et qui, par suite, est le facteur de cette morphologie simiesque, permet de rattacher le début de l'arrêt de développement à la période comprise entre le 4e et le 5e mois intra-utérin. Cet arrêt a été évidemment primitif. Le crâne n'y a été pour rien, car les sutures, nettes et bien dentelées, ne révèlent point de cicatrices. Du reste l'absence de corps calleux ne s'expliquerait pas par des lésions craniennes préalables ayant consécutivement déterminé l'arrêt de développement du système nerveux central.

Le développement excessivement faible des régions frontales explique l'extrême indigence intellectuelle du jeune homme ; il en est de même pour la zone de Broca et l'insula, quant à son langage. Il est vraisemblable que l'absence de corps calleux joue un rôle important dans son insuffisance mentale. P. Keraval.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

LXXI. — **Le décubitus latéral gauche comme moyen d'arrêt de la crise épileptique**; par M. Lannois. (*Société médicale des hopitaux de Lyon*, 8 nov. 1904.)

M. Lannois a appliqué chez douze de ses malades, le moyen épilepto-frénateur héroïque, le décubitus latéral gauche, préconisé par M. Croq au Congrès de Pau. Chez quatre de ses malades seulement, la position senestre eut une action évidente sur les crises. Celles-ci furent plus courtes et d'intensité moindre.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une modification dans la circulation encéphalique. Il pense qu'au début de l'accès épileptique il y

a anémie cérébrale ; toute condition qui diminuera cette ané mie, soit en augmentant l'afflux sanguin, soit en diminuant le départ du sang, sera susceptible de modifier la crise et d'en diminuer l'intensité. Dans le décubitus latéral, la circulation en retour est très gênée, dans l'une au moins des veines jugulaires internes, celle du côté opposé. Non seulement, le sang est obligé de remonter dans une certaine mesure, mais les muscles du cou, principalement le muscle omohyoïdien, forme une véritable sangle qui comprime plus ou moins la jugulaire interne.

La position latérale gauche agit mieux que la droite parce que la jugulaire interne droite ramène plus de sang cérébrale que la gauche ; que son calibre est en général plus fort que celui de la gauche. Les différences individuelles nombreuses que l'on rencontre expliquent pourquoi le décubitus gauche ne réussit pas toujours. On peut y ajouter la brièveté du cou, l'adiposité, la faiblesse de la sangle omohyoïdienne.

M. Lannois a vérifié, en comprimant directement la jugulaire droite, si la gêne circulatoire était bien en cause dans l'arrêt de la crise. Les résultats obtenus, quoique moins marqués que dans le décubitus gauche, ont été assez nets dans deux cas pour confirmer l'opinion de l'auteur. On ne réussit qu'à la période initiale de la crise, celle qui correspond à la phase de pâleur de la face (1).

G. Carrier.

LXXII. — **De l'incontinence urinaire et des phénomènes paralytiques des extrémités dans les foyers de ramollissement des ganglions sous-corticaux**, par A. Homburger. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)

L'auteur conclut : 1° les foyers de ramollissement unilatéraux du corps strié et de la couche optique déterminent une incontinence d'urine passagère, des épreintes vésicales incessantes, voire de l'incontinence nocturne inconsciente. — 2° Les foyers bilatéraux entraînent une incontinence urinaire permanente qui ne se distingue pas essentiellement de l'incontinence spinale. — 3° L'innervation de la vessie d'origine sous-corticale est donc bilatérale — 4° Les lésions superficielles n'entraînent pas d'incontinence. — 5° Le ramollissement bilatéral des ganglions en question s'accompagne de troubles caractéristiques de l'équilibre et de phénomènes paralytiques bien différents de ceux qui succèdent aux lésions des fibres capsulaires corticales : c'est une paraparésie spasmodique des jambes dont la raideur spasmodique empêche les mouvements passifs imprimés à l'articulation des genoux, les mouvements des pieds demeurant libres. P. Keraval.

(1) Les nombreux essais tentés dans notre service à Bicêtre et à l'*Institut médico-pédagogique* ne nous ont pas donné de sérieux résultats (B.).

Nous donnerons, à l'occasion de ce travail, le résumé d'un mémoire intitulé : *Des centres corticaux de la sécrétion urinaire*, publié par A. I. Karpinsky *dans Obozrénié psichiatrii* (VI, 1901.)

Conclusions principales de 22 expériences chez le chien :

1° Il existe un entrecroisement des fibres qui partent des centres corticaux de la sécrétion urinaire. L'excitation de l'écorce par le courant faradique et même l'acte de la trépanation augmentent cette sécrétion du côté opposé à celui de l'irritation ; 2° Les segments antérieurs de l'écorce contiennent des zones dont l'irritation fait fluer jusqu'à 40, 45, 50 gouttes d'urine en 5 minutes. C'est la partie supérieure de la circonvolution précentrale qui agit le plus activement à cet égard. L'action du segment inférieur de la circonvolution sigmoïde est moins constante et moins forte. — 3° Il existe toujours une période d'irritation latente, dont la durée varie suivant les individus. Cette période est moindre quand on excite la première zone, plus grande quand on excite la seconde. — 4° Une succession d'excitations diminue l'effet sécrétoire. — 5° La résection de l'écorce le fait disparaître. — 6° L'hypersécrétion ne dépend pas de contractions musculaires : c'est prouvé par la curarisation et l'irritation d'autres segments de la région motrice du cerveau. — 7° L'urine de l'uretère du côté opposé à l'excitation a toujours une moindre densité que celle de l'uretère du côté correspondant, mais la quantité générale des matières solides de l'urine en rapport avec le temps de l'excitation est supérieure dans l'urine du premier uretère. — 8° L'urine du côté qui correspond à celui de l'irritation est toujours plus saturée, plus foncée, plus trouble que l'urine de l'autre côté. — 9° Les portions d'urine recueillies après l'irritation des diverses zones corticales ne contiennent ni albumine, ni sucre. P. Keraval.

LXXIII. — **Nicotinisme chronique** ; par N. Toporkow. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

Il s'agit d'une dégénérée hystérique de 23 ans qui, pour combattre des douleurs de dents se met du tabac à priser dans la bouche. Malgré le dégoût que lui cause cet expédient, malgré les vomissements et les nausées qu'elle en éprouve, elle s'habitue tellement à cet excitant qu'elle ne peut plus s'en passer et s'intoxique. Emploi de la suggestion hypnotique. Les résultats comparativement bons obtenus des deux premières séances permettent d'espérer la réussite définitive de l'emploi méthodique de la suggestion. Si ce moyen ne réussissait pas, l'affaiblissement de la volonté de la malade justifierait son placement dans une maison de santé.

P. Keraval.

LXXIV. — **Tétanos à début sous forme de paraplégie spasmodique** ; par MM. J. NICOLAS et MOURIQUAUD. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 22 nov. 1904.)

Observation d'un cas de tétanos insolite dans son début et son évolution. Au point de vue séméiologique, c'est une forme rare de tétanos. Le malade présenta, dès le début, une paraplégie, avec contracture absolue des membres inférieurs en extension, contrastant les premiers jours avec l'intégrité de la moitié supérieure du corps. Cette intégrité ne fut que passagère, car au bout de quelques jours, le trismus léger, le rire sardonique, la raideur passagère, de la nuque, les glandes crises tétaniques typiques, confirmèrent le diagnostic. Le malade était entré à l'hôpital, en effet, pour myélite avec paraplégie spasmodique.

La cause de l'affection provenait de plaies saignantes que le malade présentait entre les orteils et qui avaient été les portes d'entrée certaines. Par son métier de garçon de boucher, il pouvait être plus que tout autre en contact avec le bacille de Nicolaïer. Le début des contractures au niveau du point inoculé est chose connue depuis longtemps, mais la majorité des Auteurs ne font que le signaler en passant. Quelques auteurs ont signalé des observations de cette forme à début localisé, mais elle est en général rare. Dans les cas publiés, aucun n'est superposable à celui des auteurs. La médication a consisté en injections de sérum antitétanique jointes au chloral.

Tois injections de sérum de 20 cc. chaque furent faites dans les veines du pli du coude. Le malade sortit guéri conservant seulement un peu d'exagération des réflexes.

Au point de vue du traitement sérothérapique MM. Nicolas et Mouriquand pensent que les tétaniques avérés doivent être divisés en trois catégories distinctes : 1° les tétanos à forme aiguë et suraiguë, chez lesquels le traitement est inefficace ; 2° les tétanos à forme chronique, sans fièvre où avec peu de fièvre, sans accidents graves, qui guérissent sans le secours d'aucune médication ; 3° les tétanos à forme subaiguë avec crainte d'accidents aigus ultérieurs (comme dans le cas des auteurs), chez lesquels le sérum paraît faire œuvre très utile en diminuant le nombre et l'intensité des crises, en neutralisant surtout les toxines qui continuent à être produites au niveau de la plaie infectée et qui pourraient, sans lui, déterminer plus tard des accidents aigus, graves, mortels.

Les injections peuvent être alors considérées comme préventives puisque, si elles ont une action incertaine sur les accidents en évolution, elles peuvent, en tout cas, s'opposer à l'apparition d'accidents tétaniques plus graves que les premiers. Elles peuvent prévenir ainsi l'apparition de manifestations tardives gra-

ves et mortelles, au cours d'un tétanos en apparence bénin dans ses débuts. G. Carrié.

LXXV. — **Trophœdème chronique non congénital du membre inférieur droit chez une enfant de onze ans**; par MM. Weill et Péhu. (*Bull. soc. méd. des hôp.*, 31 mai 1904, p. 227.)

Un cas de trophœdème chronique non congénital chez une enfant de onze ans. Cantonné à la jambe et à la cuisse droites, il est nettement segmentaire. Il en a tous les caractères de l'indolence et de la limitation exacte. Il n'est ni héréditaire ni familial. Depuis le mémoire fondamental de H. Meige, on admet que le trophœdème non congénital débute généralement vers la puberté, à l'âge de 13 ou 15 ans : cet auteur le considère alors très justement comme une anomalie de développement.

Le cas de MM. Weill et Péhu vient s'ajouter aux quelques observations antérieures déjà publiées et montre que le trophœdème peut apparaître plus précocement. Il peut légitimement figurer dans le cadre des affections de l'enfance. G. C.

LXXVI. — **Narcolepsie (sommeil pathologique)**; par M. Chavigny. (*Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, 13 décembre 1904.)

Observation d'un jeune soldat atteint de crises de sommeil. Les crises surviennent à diverses reprises dans la journée, après les repas ou après une fatigue. Le sommeil est très court, ne dépassant jamais cinq à dix minutes ; il est très léger, le sujet se réveille au moindre contact, mais se rendort aussitôt. La perte de conscience n'est pas absolue ; au réveil, le sujet a conservé le souvenir de ce qui se passait autour de lui. L'affection a débuté vers l'âge de 12 ans.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires nerveux ou pathologiques. Il est lui-même un peu nerveux, mais n'a jamais eu ni crises convulsives, ni rien qui rappelle l'épilepsie ou l'hystérie. Pas de stigmates hystériques. Tous les organes sont sains.

Seul, le pouls était ralenti d'une façon très nette à 40 à 50 pulsations à la minute ; il ne se modifiait pas pendant les crises de sommeil. G. C.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXVII. — **D'une forme originale de fétichisme**; par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, qui ne peut entrer en érection ni coïter dans de bonnes conditions que quand il fixe les

mouchoirs des femmes, leurs jupons bouffants, ou bien quand il en écoute les *frous-frous*, qu'il les touche ou se figure qu'il va se cacher sous ces linges blancs. Ce *fétichisme sexuel* se rattache à des souvenirs d'enfance : dans sa tendre jeunesse, sa bonne lui couvrait le visage de son tablier en lui fermant la bouche, le chatouillant ou le pinçant. Ce jeu renfermait déjà en germe une vague excitation sexuelle. Aucune tare héréditaire. P. KERAVAL.

XXVIII. — **Mutisme datant de seize mois chez un dégénéré migrateur ; guérison par suggestion** ; par MM. LANNOIS et FEUILLADE. (*Lyon médical*, p. 256, 5 février 1905.)

Une observation de mutisme survenu chez un dégénéré migrateur. Le mutisme datait de seize mois et aucun traitement n'avait réussi à le faire disparaître. L'hypnose n'avait pu être provoquée.

Afin de le plonger dans un état de réceptivité intellectuelle telle que la suggestion curative puisse agir, les auteurs ont employé l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. C'est dans cet état de sommeil anesthésique que la suggestion thérapeutique a donné un bon résultat. La suggestion a été continuée à l'état de veille par la faradisation et par l'obligation dans laquelle on a mis le malade de faire un effort pour parler. G. CARRIER.

XXIX — **De l'état mental des épileptiques réveillés de force du sommeil post-épileptique**, par J.S.GUERMANN. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

1° Au moment où on les force à se réveiller du sommeil qui suit immédiatement leurs attaques, tous les malades présentent un automatisme passager qui rappelle, cliniquement, l'automatisme post épileptique naturel. 2° Les réveille-t-on du sommeil consécutif à l'automatisme, il est rare que l'état d'inconscience continue, et il est extrêmement passager. 3° Réveille-t-on les épileptiques de leur sommeil normal ou du sommeil qui suit rapidement l'ictus épileptique, ils sont conscients, il n'y a pas d'ordinaire d'automatisme. 4° Dans l'automatisme post-paroxystique de plus longue durée, la vie mentale normale se rétablit graduellement ; on constate d'abord une paralysie de toutes les fonctions mentales, les malades ne réagissant pas du tout aux excitations extérieures. Cette période est remplacée par une phase de surdité et de cécité psychiques. Celle-ci cède à son tour la place à une période de cécité mentale exclusive, surtout pour les personnes. L'automatisme se termine par de l'aphasie amnésique. 5° L'amnésie complète ne s'observe qu'au moment des deux premières périodes et d'une partie de la troisième de l'automatisme post paroxystique. 6° Tous les centres cérébraux ne souffrant pas à un égal degré pendant l'automatisme post-paroxystique, et le rétablisse-

ment des fonctions mentales s'accomplissant non simultanément, ni subitement, mais graduellement, lentement, il y a lieu de supposer que l'automatisme post-épileptique est dû à l'action de quelque toxine ayant un caractère électif. 7° La provocation artificielle, par le réveil forcé du sommeil post-épileptique, de l'automatisme, permet de supposer que l'automatisme post-épileptique passager est le remplaçant, l'équivalent psychique du sommeil post-paroxystique. P. Keraval.

XXX. — **Stupeur mélancolique et stupeur catatonique** ; par le Dr Deroubaix. (*Journal de Neurologie*, 1905, n° 2.)

L'auteur relate dans ce travail les observations de deux malades, un mélancolique et un catatonique, chez lesquels la stupeur était le symptôme prédominant et insiste particulièrement sur les caractères différentiels de ces deux variétés de stupeur.

L'opposition du premier malade aux mouvements était, dit-il, une opposition particulière, anxieuse ; il semble plutôt éviter la douleur. Le membre que l'on soulève ne reprend pas toujours, lorsqu'on l'abandonne, la position primitive. Il faut parfois cinq ou six excitations répétées pour obtenir un léger mouvement, mais celui-ci finit par être exécuté. En un mot, il n'y a pas arrêt (sperrung), mais retard (hemmung).

Le second malade au contraire, oppose une résistance invincible à tout mouvement passif. Il arrête le mouvement, il ne veut pas ou ne sait plus vouloir. Un barrage empêche la volonté de se mettre en action. En résumé, chez le premier malade, il y a engourdissement, lenteur ou retard dans la formation des images conscientes et du mouvement spontané, tandis que chez le second il y a un arrêt au-dessus « dans le centre ou la sphère d'aperception, organe de la personnalité consciente et de la volonté libre ». G. D.

XXXI. — **Des tendances et aspirations nouvelles de la psychiatrie contemporaine** ; par W. P. Ossipow. (*Obozrénié psichiatrii*. VII, 1902.)

Intéressant discours sur les travaux qui ont contribué à éclairer l'étiologie des affections mentales et leur pathogénie. Importance de la théorie de l'auto-intoxication. Valeur de la classification dernière de Kraepelin. Avantages du traitement des aliénés par l'alitement : cette question n'est pas encore résolue. L'application à la psychiatrie des méthodes thérapeutiques qui ont donné des résultats, si brillants dans les affections somatiques, dépend de l'étude exacte de l'étiologie et de la pathogénie des psychoses. Il s'y faut consacrer avec acharnement. Tel est le suc de cette revue

qu'il faudrait avoir le temps et la place de traduire intégralement en français, parce qu'elle est éminemment suggestive.

P. KERAVAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XXV. — **Note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne chez un enfant arriéré.** Note présentée au nom de MM. les Drs GAUTHIER et RUMMER (de Genève), par M. le prof. LANNELONGUE. (*Académie de méd.*, 21 mars.)

Messieurs, depuis le jour où, pour la première fois, en 1890, j'ai greffé sous la peau d'un enfant crétin atteint de myxœdème le corps thyroïde d'un mouton, la question s'est considérablement élargie et la méthode opératoire a fait de véritables progrès, grâce surtout aux recherches du Dr Cristini.

Comme choix de porte-greffes, on s'est adressé à l'homme et il convient encore de prendre un tissu thyroïdien normal. La greffe doit être faite à chaud en ne laissant que peu d'instant entre le détachement du fragment et son insertion sous la peau du second opéré : on greffe plusieurs fragments à la fois. Les suites opératoires sont simples et sans complications aucune. Il y n'a qu'une critique à adresser à cette méthode, c'est la rareté du porte-greffe. Il faut trouver un goitre à extirper, chez un sujet femme possédant un tissu thyroïdien normal, ce qui ne se rencontre pas toujours chez les goitreux, ou encore profiter d'une opération faite au voisinage du corps thyroïde qui permettrait d'en extraire un lambeau.

Quoi qu'il en soit, le résultat immédiat a été excellent sur une fillette de trois ans presque idiote (1), ne parlant pas, proférant au contraire des cris inarticulés, ne se tenant pas sur ses jambes et ayant des mouvements constants de rotation de la tête et des mains. Elle n'avait pas de myxœdème. On avait inutilement essayé l'emploi de tablettes thyroïdiennes ; l'enfant ne les avait pas supportées. On lui fit une greffe de quatre petits fragments thyroïdiens ; les effets furent très rapides, car, un mois après, l'enfant marchait avec assurance et donnait des marques d'intelligence plus grande. Pour apprécier la valeur du résultat il est indispensable d'attendre que le temps donne une sanction à des

(1) Quand il s'agit de cette catégorie d'enfants anormaux, il faudrait énumérer les principaux symptômes afin que le lecteur sache à quel groupe il a affaire (B.).

transformations plus complètes et définitivement acquises ; l'enfant a été opéré en mai 1904 seulement.

Ainsi que le dit M. le prof. Lannelongue, il s'agit là d'un traitement qui ne pourra être qu'exceptionnellement mis en œuvre. Quant à la malade, Wath... (Augustine), à laquelle il a greffé sous la peau le corps thyroïde d'un mouton — sans résultat d'ailleurs — elle est actuellement dans notre service à la Fondation Vallée. C'est une *idiote myxœdémateuse*. Elle a été considérablement améliorée par l'injection de la glande typhroïde du mouton. Chose rare chez les myxœdémateux, elle est pubère, les seins se sont développés, les règles ont paru (1904) (1) B.

XXVI. — **Gliome du cervelet ; extirpation ; résultat éloigné ; fistule artificielle et cicatrice à filtration du liquide céphalo-rachidien** ; par M. Jaboulay. (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 23 janvier 1905.)

Présentation d'un malade auquel M. Jaboulay a extirpé en 1901 un gliome du cervelet. Homme de 34 ans se plaignant depuis un an de céphalalgie très vive, de diminution de la vue, de surdité gauche, de parésie faciale gauche et de parésie des membres du côté droit ; il avait en outre de la titubation, des vertiges et de l'œdème-papillaire. Le diagnostic fut celui de tumeur de l'hémisphère gauche du cervelet.

Opération en deux temps. 1er *temps* : trépanation du cervelet sur le milieu d'une ligne allant de la protubérance occipitale externe à la pointe de l'apophyse mastoïde. La dure-mère fut incisée et la surface cérébelleuse découverte. Suture de la peau. Amélioration consécutive, surtout huit jours après, où l'on constata un écoulement de liquide céphalo-rachidien qui persista pendant dix jours. La source se tarit et les premiers signes réapparurent.

2e *temps* : Recherche de la tumeur, tumeur rose, bosselée, grosse comme une petite noix ; elle est incisée et énucléée. C'était un gliome. Le soir de l'opération, le malade ne souffre plus et déclare n'avoir plus de vertiges. L'amélioration persista pendant un mois, puis récidive des symptômes.

A trois semaines de distance, troisième opération, réouverture de la plaie, écoulement pendant deux mois du liquide céphalo-rachidien. — Pendant les années 1902-1903-1904, le malade est perdu de vue. En décembre 1904, il est examiné de nouveau. Aveugle depuis 2 ans la céphalalgie avait réapparu, mais pas de titubation, ni de vertiges. Crises douloureuses revenant tous les huit jours. (Céphalalgie avec vomissements, rachialgie, douleurs dans les membres inférieurs à droite surtout avec signe de Kernig.) : pendant les crises, la hernie cérébelleuse augmentait, dur-

(1) Voir : Greffe thyroïd. et ensemencement thyr. par Cristiani. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1902, p. 705.)

cissait, était chaude, tendue, irréductible. Ces signes persistaient trois à quatre jours.

A l'occasion d'une de ces crises, ponction de Quincke qui amène l'affaissement de la hernie après écoulement de quelques gouttes de liquide. L'amélioration et la cessation des symptômes fut immédiate. Il y eut encore récidive. M. Jaboulay fendit alors en quatre la hernie, une portion du cervelet fut excisée et ne montra pas de récidive. Cette incision s'accompagna d'un soulagement instantané. Le liquide céphalo-rachidien se mit à couler et l'état du malade se transforma. Quatre semaines après, la céphalalgie, les crises de rachialgie ou de sciatique n'avaient pas reparu; La vue revint, bien qu'il fût aveugle depuis deux ans. Le Kernig disparut. Il lui reste une fistulette de la grosseur d'un cheveu au milieu de la cicatrice, qui laisse suinter goutte à goutte le liquide céphalo-rachidien.

La cause de ces phénomènes d'hypertension intermittente est probablement un kyste gliomateux se vidant à la fois dans les cavités ventriculaires et les espaces sous-arachnoïdiens.

D'après ce cas, on peut dire que le véritable traitement des accidents des néoplasmes cérébelleux, c'est l'établissement, après ou sans leur ablation, d'une fistule, d'une cicatrice à filtration, qui permet l'écoulement du liquide céphalo-rachidien sécrété en excès, par l'incision des méninges cérébelleuses et du cervelet. G. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 17 janvier 1905. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN

La jalousie chez l'enfant.

M. BÉRILLON rapporte plusieurs observations d'enfants qui présentaient de la jalousie morbide pour des raisons à la fois héréditaires et éducatives : chez tous, la volonté était diminuée ; ils s'avouaient impuissants à corriger des actes dont ils reconnaissaient le mal fondé. Par l'éducation du caractère et la thérapeutique suggestive, ils ont été considérablement améliorés.

M. Jules VOISIN. — Je reconnais l'efficacité de la suggestion dans le traitement des enfants jaloux, chez lesquels la volonté est affaiblie. Toutefois la jalousie morbide, sans cause, est toujours un signe de dégénérescence ; quand ces enfants sont très dégénérés, ils deviennent souvent persécutés, ainsi que je l'ai observé souvent dans mon service de la Salpêtrière.

Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente.

M. El. Jourdan (de Marseille) rapporte l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, à manifestations délirantes, a été plongée dans un sommeil permanent, avec conservation de la personnalité, qui a duré près de trois ans. Pendant cette période, cette jeune fille avait toutes les apparences d'une personne éveillée ; en réalité, le champ de la conscience était rétréci et limité aux seules perceptions visuelles.

Amaurose et paraplégie hystériques guéries par la psychothérapie

M. Emirz (de Constantinople). — Ces deux syndromes ont été guéris, coup sur coup, en une seule séance, par la suggestion faite non pendant le sommeil hypnotique, mais pendant l'hypnose à l'état de veille (ou hypnose partielle de Windt), à la faveur d'excitations kinesthésiques auditives et visuelles.

— M. Binet-Sanglé fait un rapport sur un prétendu cas de suggestion mentale et de transmission de pensée ; le sujet dont il s'agit avant habilement trompé les observateurs russes qui ont étudié ce cas.

M. Bérillon présente un ventriloque, lequel fait la théorie de son art et explique par quelle série d'exercices variés il est parvenu à posséder son curieux talent.

Séance du mardi 21 février.

M. Félix Regnault expose les grandes lignes de la rééducation psychique. — M. Bérillon rapporte plusieurs observations de sentiments affectifs suggérés et passe en revue les diverses conséquences, sociales, psychologiques et médicales qui résultent de ces cas.

M. Lionel Dauriac discute les thèses principales du livre récent de Frédéric Myers et, en particulier, la théorie de la conscience subliminale.

M. Demonchy rapporte une observation de douleurs uréthrales chez un hyperesthésique, à la suite de pratiques de spiritisme.

Séance du mardi 21 mars 1905. — Présidence de M. Jules Voisin

Les Rayons N existent-ils ?

M. Louis Faure commence une étude critique des travaux publiés sur les rayons N. Il montre l'importance de cette question qui concerne l'histoire de la science et, plus particulièrement, de la méthode expérimentale. Il fait voir quelques-unes des fautes contre la méthode expérimentale qui ont été commises par les meilleurs expérimentateurs. Après avoir montré l'insuffisance au point de vue expérimental de quelques-uns, parmi les plus sa-

vants, il montre qu'on devrait enseigner l'expérimentation à ceux qui doivent passer leur vie à expérimenter, compléter l'enseignement purement technique du laboratoire, — qui est absolument nécessaire, — par un enseignement oral qui apprendrait à poser les faits, imaginer les hypothèses, instituer les expériences et tirer les conclusions.

La psychologie des jeux de hasard.

M. Hermann LAURENT étudie les variations de la probabilité suivant les différentes sortes de jeux, depuis ceux qui sont relativement équitables, jusqu'à ceux qui sont franchement immoraux tels que loteries, roulettes, courses, etc. Les jeux exerçent plus de ravages que l'alcoolisme ; hypnotisés, en quelque sorte, par leurs pertes, les joueurs sont incapables de résister à leur passion; ils sont souvent superstitieux et recourent aux objets les plus étranges, qu'ils considèrent comme des porte-bonheur, afin de se concilier la chance.

M. BÉRILLON.— Les joueurs sont,d'ordinaire,de grands enfants, à intellectualité médiocre, des psychasthéniques, des malades, des abouliques, des désœuvrés. Dans la vie courante, des abouliques, par peur ou incapacité de prendre une résolution, s'en remettent au hasard. L'éducation devrait apprendre aux enfants à ne jamais s'en remettre au hasard, à faire des choix réfléchis, à agir toujours en vertu d'une raison.

M. DAURIAC. — Pour moi, j'irais plus loin et j'interdirais qu'on prononçât, devant les enfants des mots vides de sens, tels que le Hasard, la Guigne, la Veine. J'ajoute que la passion du jeu est le dernier refuge de la superstition; certains, pour gagner, mettent toujours tel vêtement, s'asseoient toujours sur un même siège spécial, etc. Transformer une chaise en divinité protectrice, cela vaut la mentalité des sauvages ! Il est même très curieux d'observer l'alliance de la superstition et de la dévotion : certains chapelets sont porte-bonheur et d'autres porte-guigne.

M. BLECH. — Des gens, même très sérieux, mais profondément abouliques et incapables d'initiative, avant de prendre une décision, ouvrent la Bible au hasard, posent, également au hasard, le doigt sur un verset et, suivant que ce verset est affirmatif ou négatif, font ou ne font pas ce qu'ils avaient projeté.

M. BÉRILLON. — J'ai connu des joueurs qui ont successivement perdu au jeu plusieurs héritages de plusieurs millions. Quand ils jouent, ils n'ont pas le moindre empire sur eux-mêmes ; ils sont à la merci de l'ambiance en tant qu'hypersuggestibles; étant hypersuggestibles, ils sont justiciables de la psychothérapie.

M. Paul MAGNIN. —A côté des joueurs par passion, qui sont incapables de se maîtriser, il faut placer ceux qui vivent du jeu, sans être joueurs ; ceux-ci n'aiment pas le jeu ; ils le détestent

même ; mais, c'est pour eux un gagne-pain ; étant profondément maîtres d'eux-mêmes, ils vivent de l'emballement ou des fautes des joueurs effrénés. Plus avisés, ces joueurs par profession ne joueront jamais aux jeux de pur hasard ; ils calculent très minutieusement les chances et recherchent des gains modestes, mais sûrs.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 février 1905. — PRÉSIDENCE DE M. VALLON.

Genèse du mensonge chez certains enfants mentalement anormaux.

M. J. PHILIPPE communique en son nom personnel et au nom de M. P. Boncour une note sur la genèse du mensonge chez les enfants mentalement anormaux. Pour les auteurs, le mensonge des enfants anormaux diffère du mensonge de l'adulte normal. Les enfants sont le plus souvent menteurs, faute d'avoir acquis la faculté de ne pas mentir. Les enfants, en effet, à l'encontre de ce que pensent les moralistes, sont nativement menteurs. L'enfant qui se développe normalement ne ment que lorsqu'il le veut ; l'anormal reste menteur. Les tout petits enfants mentent le plus souvent parce qu'ils ne comprennent pas ce qu'on leur demande. Les enfants normaux, quand ils seront plus développés, répondront : « Je ne sais pas », s'ils ne comprennent pas la question ; les autres persisteront dans l'infantilisme et répondront n'importe quoi aux interrogations.

M. DUPRÉ. — Le mensonge des enfants est assez important en médecine légale, pour qu'on en fasse une étude approfondie.

Je qualifierais volontiers de mythomanie ou de mythopathie le mensonge des anormaux, pour le différencier du mensonge des hystériques.

M. VALLON croit que le mot de « mensonge » impliquerait l'idée de conscience et ne s'applique pas très exactement aux faits signalés par M. Philippe.

M. PHILIPPE n'a utilisé le mot de mensonge que parce que ce mot existait, mais il se rallierait volontiers à la terminologie proposée par M. Dupré. M. B.

Séance du 27 mars 1905. — PRÉSIDENCE DE M. VALLON.

LE PRÉSIDENT annonce la perte que vient de faire la Société, en la personne d'un de ses membres les plus distingués, de son ancien président, le docteur Paul Garnier, médecin de l'infirmerie centrale du Dépôt.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours prononcé aux obsèques, dans lequel il retrace en termes élevés la vie d'un de ceux qui faisaient, dit-il, le plus d'honneur à la Société médico-

psychologique par l'étendue de ses connaissances, l'aménité de son caractère, l'honorabilité de sa vie et surtout par l'idée très élevée qu'il s'était faite de ses devoirs professionnels. Toutes ces belles qualités, ajoute M. Ritti, qui avaient gagné à notre collègue notre estime et notre affection, furent anéanties en un clin d'œil; l'inexorable mort l'enlevait brusquement en pleine force, en pleine activité intellectuelle, à l'âge où il lui était encore permis les longs espaces et les vastes pensers.

Le Président lève la séance en signe de deuil.

Reprise de la séance.

Persistance des neuro-fibrilles dans la paralysie générale.

Le Secrétaire général donne lecture d'une note de M. J. Dagonet indiquant la technique qui lui a permis de constater la persistance des neuro-fibrilles dans les trois cerveaux de paralytiques généraux qu'il a observés. Pour les voir, il faut d'abord obtenir une imprégnation suffisante des préparations histologiques par les sels d'argent.

Un cas d'inversion sexuelle.

M. Antheaume communique l'observation d'un jeune homme présentant des signes physiques très accusés de dégénérescence mentale, chez lequel les préoccupations génitales présentaient un caractère d'obsessions assez pénible pour qu'il ait tenté d'y échapper par le suicide. Dès l'âge de six ans, il se déguisait en fille et jouait plus volontiers à des jeux habituels aux fillettes. On l'appelait alors « la fille». Plus tard, au collège, il s'est pris de passion amoureuse pour des condisciples plus âgés que lui. A l'heure actuelle, s'il recherche toujours les garçons, il préfère les adolescents aux adultes.

M. Ritti.—J'ai publié autrefois un travail où il était dit que les Allemands avaient été les premiers à parler de l'inversion sexuelle; j'ai trouvé, depuis, deux observations antérieures dans la « Démonomanie » d'Esquirol. Il me paraît juste de lui attribuer la priorité de la découverte de ce syndrome.

M. Briand a observé trois cas d'invertis sexuels ayant fait des tentatives de suicide, pour échapper à leurs obsessions. C'étaient deux hommes et une femme et, parmi eux, un ménage. Les trois ont accompli toutes leurs tentatives de suicide après avoir satisfait leur impulsion sexuelle, ce qui semble confirmer le proverbe « post coitum animal triste. »

M. Vigouroux a dans son service un uraniste de 58 ans, entré à l'asile à la suite d'une tentative de suicide par submersion. Ce malade a été invité à la masturbation par un homme dès l'âge de 12 ans ; depuis il n'a pu avoir d'érection auprès d'une femme

Il a été condamné à plusieurs reprises pour outrages publics à la pudeur, car il éprouvait des envies génitales très impérieuses et malgré sa position sociale, il lui arrivait de se faire masturber dans des lieux publics.

M. Boissier a aussi observé deux invertis sexuels. Tous les deux avaient fait des tentatives de suicide. L'un d'eux a fini par tomber dans la mélancolie.

M. Christian croit que le malade de M. Antheaume est un débile intellectuellement. Parfois, l'inversion sexuelle va jusqu'à en faire de véritables aliénés. On observe aussi ce syndrome chez les circulaires.

M. Vallon pense que les deux malades décrits par Esquirol et cités par M. Ritti sont plutôt des délirants chroniques que de véritables invertis.

M. Ritti.— La seconde observation au moins ressemble absolument à celle de M. Antheaume.

M. Bernard a connu un aliéné qui croyait avoir changé de sexe et sentir remuer son utérus.

C'était un délirant et non un inverti. Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE

VII. — *Rapport sur le service médical de l'asile d'aliénés d'Armentières pour l'exercice* 1903, par le Dr Chardon, médecin-directeur et le Dr Raviart, médecin-adjoint.

Le nombre des aliénés au 31 décembre 1903 était de 973, nombre supérieur de 32 unités à celui des aliénés présents au 1er janvier de la même année. Les malades traités pendant 1903 ont été au nombre de 1.245 soit 8 de moins qu'en 1902. Ces 1245 malades représentent un ensemble de 350.455 journées de présence avec une population moyenne de 960 malades.

Le chiffre maximum des malades existant à l'asile pendant la même journée a été atteint au mois de novembre avec 988 malades et le chiffre minimum a été obtenu en janvier avec 939 malades ; chiffres supérieurs à ceux de l'an dernier. Comme on peut s'en rendre compte, le chiffre moyen de la population de l'asile ne cesse *d'augmenter* d'année en année : il était en 1899 de 944 ; nous atteignons aujourd'hui 960. Le nombre des malades entrés en 1903 est de 304, soit 11 de moins que l'an dernier ; 33 sont guéris 21 améliorés, 25 ont été transférés, 27 sont sortis pour d'autres causes, 153 sont morts.

Le mouvement spécial du quartier des *enfants* arriérés et épileptiques est le suivant : 20 entrées dont 13 garçons et 7 filles, soit 5 admissions en plus que l'an dernier ; une fille a été transférée, 5 garçons et une fille sont sortis pour d'autres causes, un garçon et 4 filles sont morts. L'encombrement du pavillon destiné aux *garçons* persiste, le nombre des garçons entrés étant toujours supérieur à celui des filles. Il y a, là, matière pour une *école*.

La folie alcoolique a été constatée chez 41 malades au lieu de 30 en 1903. 29 épileptiques ont été admis en 1903, soit 13 de plus qu'en 1902. Maximum des entrées en juillet. — 111 malades sont sortis en 1903 : guéris 33, améliorés 31. — 156 décès : « Un bon nombre de nos malades sont arrivés dans un état lamentable. 16 d'entre eux sont, en effet, morts moins de 8 jours après leur entrée, 8 autres n'ont pas atteint la quinzaine, etc. » La *tuberculose* pulmonaire a emporté 18 malades.

Si l'on veut se reporter à nos rapports médicaux des dernières années, disent les auteurs du rapport, on verra combien grande était notre préoccupation de lutter contre la tuberculose. Dès 1901, une première série de mesures étaient prises, les quartiers pourvus de crachoirs spéciaux vers lesquels l'attention des malades était attirée par des tableaux indicateurs. Nous n'avons pas cru devoir nous en tenir là et, poursuivant la série des mesures propres à combattre le redoutable fléau, nous décidions en *juin* 1903 d'isoler en « pavillons spéciaux » nos malades atteints de tuberculose pulmonaire. Dans le travail communiqué par nous au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue francaise tenu à *Bruxelles* au mois d'août 1903, nous avons exposé dans quelles conditions s'effectua cet isolement. Nous ne pouvons qu'y renvoyer ici et rappelons simplement qu'un pavillon isolé a été exclusivement consacré aux aliénés tuberculeux quelle que soit la forme de leur affection mentale ; qu'un régime alimentaire approprié leur a été octroyé et que les mesures antiseptiques les plus éprouvées sont mises en œuvre pour que la désinfection des crachats et des selles mette à l'abri de tout contage la population non atteinte (1).

Ce que nous dirons ici, c'est que les *résultats* ont dépassé nos espérances, et que, jusqu'à présent, seules les difficultés d'ordre budgétaire nous empêchent de pousser à la perfection l'œuvre de prophylaxie que nous avons entreprise. Nos tuberculeux suralimentés, surveillés d'une façon toute spéciale par des gardiens dévoués, mis à l'abri des moindres causes de refroidissement, placés dans des salles où règne la propreté la plus minutieuse, se trouvent dans les conditions les meilleures et les plus propres à les

(1) Voir ce travail dans les *Archives de Neurologie*, 2e série, 1903, t. XVI, p. 403.

améliorer, toussent et crachent beaucoup moins et prennent de l'embonpoint. B.

VIII. — *Rapport médical, compte moral et administratif de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire* (Nièvre) *pour l'exercice* 1903, par M. le Dr Chocreaux, médecin-directeur.

M. le Dr Chocreaux rappelle au début qu'il a cru nécessaire de conserver, dans son rapport médical, le plan généralement adopté par son prédécesseur, M. le Dr Faucher. Et il a eu raison, car ce plan est bien conçu et pourrait servir de base à un rapport modèle.

Au 1er janvier 1903, il y avait 780 malades (375 H. et 405 F.). Admis en 1903, 161 (92 H. et 69 F.). Augmentation toujours plus sensible d'année en année.

« Nous avons admis 5 *épileptiques simples*. Nous continuerons à les classifier sous cette étiquette *purement conventionnelle*, car elle n'exclut nullement l'idée d'aliénation mentale.... » — C'est la thèse que nous avons toujours soutenue en montrant, à diverses reprises, à la Commission de surveillance des asiles et aux représentants de l'administration, lors de leurs visites à Bicêtre, d'une part le groupe des *épileptiques* dits *simples*, et, d'autre part, les *épileptiques* dits *aliénés*.

Dans les deux groupes on voyait des malades jouissant à peu près de l'intégralité de leurs facultés, d'autres atteints de manie épileptique, d'autres en démence. — 28 placements volontaires contre 23 en 1902, et 126 d'office contre 111 en 1903. — Au-dessous de 20 ans, il s'agit le plus souvent d'infirmités mentales constitutionnelles et *irrémédiables (idiotie, imbécillité*, etc.). Irrémédiables, oui si on ne s'en occupe pas, améliorables et guérissables si on les soumet à un traitement médico-pédagogique, méthodique et prolongé.

Parmi les causes déterminantes, *l'alcoolisme* figure dans 12 cas (11 H. et 1 F.). M. Chocreaux, à propos de la recherche des causes, fait les remarques suivantes :

« Qu'il s'agisse même des antécédents personnels de l'aliéné, on n'obtient en général que des renseignements insuffisants et le médecin est bien obligé de se tirer d'affaire avec l'examen direct du malade. Son embarras est bien plus grand encore quand son observation doit s'exercer sur des *vicieux délinquants* et même *criminels*. Et nous insisterions volontiers pour obtenir ce que plusieurs d'entre nous ont justement réclamé déjà à plusieurs reprises, le *versement au dossier, du casier judiciaire des malades*. »

Tant au Conseil général de la Seine qu'à la Commission de surveillance des asiles, nous avons réclamé un grand nombre de fois la communication du dossier des malades délinquants et dits criminels sans pouvoir obtenir satisfaction pour nos collègues et

pour nous. Nous y sommes revenu à l'occasion de l'affaire Vacher. Nous avons dit que cette communication se faisait dans certains départements. Notre ami le Dr Villard, sénateur de la Creuse, maire de Guéret, nous a assuré que le dossier suivait les malades qu'il envoyait à l'asile de Naugeat.

Sous le rapport des *entrées*, les mois de décembre, février et juin ont été les plus chargés.

« L'intérêt que peut présenter la recherche de la durée des troubles mentaux avant l'internement consiste en ce que les chances de guérison sont d'autant moins nombreuses que la maladie dure depuis longtemps. La famille et les communes n'ont donc aucun intérêt à tergiverser quand la nécessité d'un internement se fait sentir. »

A cet égard, nous le répétons, et l'analyse des Rapports sur les asiles le prouve, tous les aliénistes sont d'accord.— En ce qui concerne les aliénés transférés de la Seine à la Charité :

« Nous sommes heureux de pouvoir faire observer que le convoi de 1903, amenant des aliénés de la Seine à l'asile, comprenait moins de gâteux et affaiblis que les années précédentes. Le taux annuel de la mortalité ne sera plus aussi élevé et ne viendra plus fausser la moyenne des décès à l'asile de la Charité. »

68 décès, 2 par phtisie pulmonaire, 13 (8 H. et 5 F.) de tuberculose pulmonaire, 1 de pleurésie tuberculeuse.

« Sans vouloir nier ici l'importance du traitement préventif de la prophylaxie de la folie, dont l'action s'exerce hors de l'asile, je me bornerai pour cette année à des considérations générales sur le traitement curatif que j'ai institué aux malades de l'asile de la Charité, *de concert avec mon collaborateur Terrade, médecin-adjoint.*

« Complètement dégagé de préjugés qui n'ont que trop longtemps duré, bien pénétré qu'un asile est un hôpital, je me suis efforcé de traiter les malades avec la plus grande bonté, avec la plus grande délicatesse, pour les soutenir moralement dans les douloureuses épreuves de leur état pathologique. Est-il besoin de rappeler ici, en passant, que les punitions sont bannies des services, de même que la douche et le bain, en tant que procédé d'intimidation ? Oui, peut-être, puisque dans certains milieux, il a paru qu'on se l'imaginait encore facilement. En face de tous les malades, je me suis posé en médecin, rien qu'en médecin, évitant minutieusement de les humilier, cherchant à les persuader qu'ils sont des malades et que leur séjour à l'asile n'a rien d'humiliant ni pour eux, ni pour leur famille. J'ai provoqué et recueilli leurs confidences et travaillé à dissiper leurs préoccupations, j'ai facilité leurs rapports avec leurs familles et pris part à la défense de leurs intérêts parfois menacés, j'ai favorisé les visites de leurs parents ou de leurs amis quand elles pouvaient être efficaces. Bref,

rien n'a été négligé pour faire naître la confiance des malades envers le médecin et pour établir entre eux et lui des liens de sympathie. J'ai profité de toutes les occasions qui s'offraient de rompre l'existence monotone de ces hospitalisés. Enfin, il a été largement usé d'*un moyen de traitement* dont Pinel affirmait déjà l'utilité et l'efficacité : *le travail sous toutes ses formes*, selon les aptitudes des individus et dans la mesure de leurs forces.

« L'*hydrothérapie a été fréquemment utilisée* comme procédé de traitement sous toutes ses formes, drap mouillé, douche mobile, en cercle, froide et tempérée, bains tièdes dont l'action sédative puissante est indéniable... Il a été administré à l'Asile de la Charité pendant l'année 1903 :

Hommes	douches.....	887	Femmes	douches.....	1632
	bains........	3708		bains........	8554

Nous partageons entièrement l'opinion de M. Chocreaux sur l'importance thérapeutique du *travail* et de l'*hydrothérapie*, qui devrait être largement employée dans les asiles et augmenterait certes la proposition des guérisons, si elle était scientifiquement appliquée avec des installations convenables, qui malheureusement sont assez rares dans ces établissements.

« Mes essais de traitement de la *paralysie générale* par la *médication mercurielle* n'ont pas été couronnés de succès.

« Désireux de marcher dans la voie tracée par les maîtres, j'ai pratiqué et fait pratiquer régulièrement les *autopsies* des malades décédés, ce qui a permis de faire d'intéressantes constatations. Toutefois, un organe essentiel m'a paru manquer à un établissement de l'importance de l'asile de la Charité : je veux parler d'un *laboratoire* pour les observations cliniques et les recherches anatomo-pathologiques. Cette lacune est maintenant comblée. Depuis quelque temps, un laboratoire a été organisé dans une petite salle disposée à cet effet. Il n'est encore que modestement installé et pourvu. Mais tel qu'il est, il permet de rendre les plus grands services pour l'examen des urines, des liquides organiques et pathologiques, pour la recherche et la culture des microbes pathogènes, pour l'étude des lésions anatomo-pathologiques du système nerveux dans les différentes formes de maladie mentale.

« L'utilité, la nécessité même d'un laboratoire n'étant plus contestable, j'espère que son aménagement se complètera et se perfectionnera grâce au bienveillant appui de la Commission de surveillance, de M. le Préfet et de l'Assemblée départementale ».

Il est à souhaiter que dans tous les asiles, les médecins pratiquent comme à la Charité, l'autopsie de leurs malades et dans leurs rapports en indiquent le nombre. Nous ne saurions aussi appeler

trop vivement l'attention de l'Administration supérieure sur la création d'un laboratoire dans tous les établissements publics.

Résultat propre à l'exercice 1903

Recettes ordinaires...............	388.735 fr. 43
Dépenses	329.119 fr. 66
Excédent de recettes.......	59.615 fr. 77

Prix moyen de revient des aliénés sans distinction de classe, 0 fr. 966 par jour.

Parmi les desiderata, M. Chocreaux signale la nécessité de clore une partie du terrain planté en vignes où les étrangers pénètrent et voient les malades des quartiers de femmes voisins. A ce propos, nous lui conseillerons de voir les clôtures en grillages incurvés que nous avons introduits à Bicêtre, à l'Institut médico-pédagogique (Vitry-sur-Seine) et fait prévaloir pour la clôture générale de l'Asile de Maison-Blanche.

En terminant, faisons remarquer que ce rapport est signé et du médecin directeur, le Dr Chocreaux, et du médecin adjoint, le Dr Terrade. Cette collaboration, que nous avons déjà signalée, montre l'heureuse évolution qui se produit : le partage de la besogne par le médecin en chef et le médecin adjoint. B.

IX. — *Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne* en 1903, par le Dr Dubuisson, médecin-directeur.

En 1903, il a été admis 220 malades (124 H., 96 F.). Guérisons, 2 H., 9 f. ; améliorations, 13 H., et 11 femmes. Au 31 décembre 1903, il restait 931 malades : 238 H., et 292 F., de la Haute-Garonne, 155 H. et 128 F. des départements étrangers, etc.

Recettes : 504.387 tr. Dépenses : 533.177 fr. 341.275 journées. Le prix de revient d'un malade indigent est, pour 1903, de 1 fr. 345. Relevons, comme intéressant tous les médecins des asiles, le passage suivant du rapport de M. Dubuisson.

« Dans son rapport au conseil général sur les comptes et budget de l'asile, et plus spécialement au sujet du projet de budget pour 1903, M. Leygues (H.), conseiller général, rapporteur, s'exprimait ainsi (séance du 26 août 1903) :

« Tous ces crédits (dépenses de l'asile) sont des prévisions qui paraissent établies d'après les données fournies par les exercices antérieurs, mais il ne faut pas oublier que chaque année il y a des reliquats considérables, même après payement des dépenses extraordinaires. Dans ces conditions, il a paru à votre commission qu'il y avait lieu de faire supporter à l'asile tout ou partie de la retraite des fonctionnaires. C'est d'ailleurs dans cette voie qu'est entrée déjà l'administration de l'asile et le conseil général pour

les agents subalternes. Nous pensons qu'il est naturel et équitable d'en faire autant pour tout le personnel. C'est pour ce motif que nous inscrivons en dépense un crédit de 7.554 francs pour faire face à la retraite des fonctionnnaires actuellement retraités.

Et il ajoutait : « Au cas où M. le Ministre de l'Intérieur estimerait que l'excédent doit être employé à l'augmentation du bien-être des aliénés, il y aurait lieu de proposer comme régulateur de baisser le prix de journée de 0 fr. 85 c. à 0 fr. 80 c. »

Dans la session extraordinaire du conseil général (séance du 8 septembre 1903), M. le rapporteur, reprenant le vote de 7.554 fr. imputables sur les crédits de l'asile pour *retraites* des fonctionnaires, s'exprimait ainsi :

« Pour ne laisser aucune indécision dans la perception des revenus de l'asile public d'aliénés, etc., la commission propose le maintien ferme du prix de journée pour 1903 à 0 fr. 85 et le vote, par modification à la même délibération, d'un prélèvement de 4,000 francs au lieu de 7.554 francs pour allocation à la caisse départementale de retraites. La quotité de 4.000 francs pour 1903 pourra varier chaque année, suivant les ressources de l'asile et les charges supportées par la caisse de retraites pour le service des pensions d'anciens fonctionnaires de l'asile. »

« Interpellé à la réunion de la commission de surveillance du 21 novembre 1902 par M. Duran, conseiller général et membre de la commission, sur les conséquences du vote du conseil général, nous avons répondu que le prélèvement annuel d'une pareille somme est l'enrayement complet des travaux d'améliorations en cours d'exécution et la perspective inévitable et prochaine d'une situation financière mauvaise, ne permettant pas à l'asile de tenir ses engagements vis-à-vis des fournisseurs.

« Nous avons fait aussi ressortir que l'hypothèse d'un versement fait par l'asile à la Caisse des retraites paraissait irrégulière et qu'elle était sûrement peu généreuse, d'abord parce qu'en vertu d'un arrêté du conseil d'Etat en date du 23 mars 1880, il était établi que les recettes provenant d'un asile départemental ne peuvent être affectées par le conseil général à des dépenses autres que celles du service des aliénés, et ensuite parce que, depuis plus de quarante ans, la caisse de retraites départementale bénéficie de toutes les retenues exercées sur le personnel des fonctionnaires et employés de l'asile. Quoi qu'il en soit, le versement de la somme de 4.000 francs a été effectué à la caisse de M. le trésorier-payeur général. »

« A nos collègues de bien se rendre compte de la situation et d'agir.

« Les passages ci-après méritent aussi d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

« Dans le tableau des admissions nous voyons que, dès l'entrée, la *moitié environ des malades doit être rangée dans la catégorie*

des incurables. Nous constatons, en outre, avec regret, que la folie alcoolique et la paralysis générale tendent à augmenter, comme on l'observe à peu près partout dans le Nord. Le nombre des femmes paralytiques a plus que doublé. Nous avons reçu, l'année dernière, 15 hommes et 4 femmes atteints de *paralysie générale* ; nous avons reçu cette année 18 hommes et 9 femmes. C'est là une proportion peu rassurante pour l'avenir.

« Nous rappellerons que la *séquestration tardive* est dans bien des cas une cause d'incurabilité ; les représentants de l'administration font fausse route en se préoccupant moins de l'intérêt des malades que du budget communal qu'ils obèrent pour l'avenir, parce que la lenteur mise à provoquer l'internement augmente la durée du séjour à l'asile.

« Nous continuons à avoir recours aux *sorties à titre d'essai*, toutes les fois que, l'état des malades le permettant, nous rencontrons des familles qui veulent bien venir en aide à leurs parents en voie d'amélioration. Il est même une catégorie de malades chez lesquels ces sorties prématurées produisent d'excellents résultats ; ce sont les mères de famille ayant laissé chez elles des enfants en bas-âge. Un séjour prolongé à l'asile peut, dans ce cas particulier, devenir nuisible ; aussi l'abrégeons-nous le plus que nous pouvons.

« Nous avons eu pendant l'année plus de *décès* que pendant les années précédentes : 138 au lieu de 95.02, moyenne des cinq dernières années, et parmi les causes du décès, nous devons surtout signaler la *tuberculose pulmonaire* dont la fréquence a plus que doublé, 27 au lieu de 10, comparativement à l'année dernière. Nous devons encore citer le chiffre élevé des décès par suite d'entérite chronique, affection souvent due à une manifestation dans les intestins de l'infection tuberculeuse. Ces constatations nous font regretter de n'avoir pas pu réaliser encore les améliorations nous permettant de pratiquer l'isolement de nos malades lorsqu'ils présentent un danger de contagion.

« Nous devons signaler parmi les maladies incidentes le nombre relativement élevé des tuberculoses pulmonaires et rappeler qu'il nous reste beaucoup à faire pour l'hygiène générale par la seule mesure pratique, l'isolement des tuberculeux. Malheureusement, nous ne pourrons nous occuper de cette importante question que lorsque nos ressources nous permettront de l'entreprendre, et nous devons auparavant terminer les annexes des divers quartiers. A noter aussi le retour de la fièvre typhoïde dont nous avons eu à supporter deux atteintes peu graves heureusement. »

ASSISTANCE ET PÉDAGOGIE

L'assistance des enfants arriérés et épileptiques à Lyon

Dans le dernier n° des *Archives* (p. 268), nous avons donné des renseignements sur la situation des enfants idiots et épileptiques dans tous les établissements publics et privés, affectés aux aliénés, à la date du 31 déc. 1903. Ils sont au nombre de 1206. Nous avons vu qu'il en ressortait que, en dehors des soins hygiéniques, ils n'étaient l'objet, à part quelque rares exceptions, d'aucun traitement médico-pédagogique. Nous aurions voulu faire la même enquête sur la situation de ces enfants dans les hôpitaux et hospices, mais c'est là une tâche bien difficile, qui ne peut être faite qne par l'Administration. Toutefois, grâce à l'obligeance de M. Sabran, président du Conseil général des hospices de Lyon, nous pouvons dire à nos lecteurs ce qui se fait dans cette ville.

Fondation Gomy. — Traité avec la ville de Lyon. — Par son testament du 7 mai 1856, M. Jean Gomy, propriétaire, décédé le 23 mars 1867, a fait un legs ainsi conçu : « Je donne et lègue à la ville de Lyon............... à la charge de .... et à créer un établissement de charité pour les jeunes garçons pauvres, incurables, organisé dans le genre de celui des jeunes filles incurables d'Ainay.

Article 2. — Moyennant cette cession, l'Administration des Hospices civils s'engage à exécuter à perpétuité les clauses et conditions du legs de M. Gomy en faveur des jeunes garçons pauvres, incurables, ainsi, et de la manière que la ville de Lyon en était tenue ; en conséquence et à titre d'exécution, les Hospices s'engagent à hospitaliser dans un de leurs établissements dix jeunes garçons pauvres, incurables.

Article 3. - - A cet effet, un service spécial sera créé et une salle aussi spéciale sera affectée, sous le nom de : *Fondation Gomy*, dans celui des établissements des hospices civils de Lyon qui sera désigné par le Conseil d'administration de ces hospices.

Article 4. — Conditions d'admission et de séjour. Les jeunes garçons pauvres, incurables, ne pourront être admis à la Fondation Gomy, avant l'âge de cinq ans révolus. — Il seront présentés à l'admission par l'administration municipale, suivant les intentions du testateur, et devront être agréés par le Conseil d'administration des hospices.

Perron : Enfants incurables.— A l'hospice du Perron (14 lits) outre les dix enfants incurables de la fondation Gomy, pourront être admis quatorze enfants incurables remplissant les mêmes conditions que les enfants de la fondation Gomy. Sur ces quatorze places, le Conseil en réserve six à la ville de Lyon pour lesquelles la ville payera un prix de journée de un franc cinquante : les huit autres places seront attribuées, suivant ce que le conseil en décidera, soit à des enfants incurables gratuits, soit à des enfants incurables payants, pour lesquels il sera payé un franc cinquante par jour.

A dix-huit ans révolus, les enfants incurables passent de plein droit, aux premières places vacantes pour incurables adultes, gratuites, ou payantes, ville de Lyon ou particuliers. (Délibération du 14 juin 1899, approuvée le 24 juin 1899.)

Legs Chanbeyron (Sophie), veuve Rambaud. Par testament olographe du 2 avril 1902, Mme Chambeyron (Sophie), veuve Rambaud, décédée le 29 avril 1902, a institué pour légataires universels les hospices civils de Lyon, à la charge de................

« Je désire que la partie de ma fortune qui reviendra aux hospices après le payement des charges et des legs soit appliqué par le conseil d'administration aux enfants incurables et arriérés (garçons) ; il sera créé, dans un établissement dépendant de la dite administration, un service dont l'importance sera en rapport avec la somme que les hospices recueilleront dans ma succession. Ce service portera le nom de « Fondation Rambaud ».

La succession n'est pas encore liquidée.(Autorisation d'accepter, Délibération du 19 décembre 1902.)

Epileptiques. — Les services d'épileptiques comprennent cent quarante et un lits : à l'hospice de l'Antiquaille, quarante-huit lits pour les femmes ; à l'hospice du Perron, cinquante-deux lits pour les hommes, vingt-sept lits pour les femmes et quatorze lits pour les enfants garçons ayant de cinq ans à seize ans.

Sept de ces lits ont été établis par l'administration des hospices, à ses frais. Ces sept lits gratuits de la fondation de l'administration sont réservés aux épileptiques indigents, nés à Lyon et domiciliés à Lyon. — Dix lits ont été créés, pour l'administration des hospices, en exécution de la fondation Courajod, et sept lits, en exécution de la fondation Blandine Vérand ; ces dix-sept lits sont mis, gratuitement, à la disposition des épileptiques indigents de toutes les communes, Lyon compris, du département du Rhône. — Trois lits ont été fondés par Mme Grillet, veuve Guy, pour des épileptiques indigents de la paroisse Saint-Louis de la Guillotière. Les autres lits sont attribués aux épileptiques payants.

Pendant une heure le matin et une heure l'après-midi, une

sœur hospitalière est chargée d'enseigner aux enfants la lecture et l'écriture. Le calcul est enseigné à ceux qui peuvent l'apprendre. L'enseignement par la méthode Braille est donné aux aveugles.

Nous accueillerons avec plaisir tous les renseignements que nos lecteurs voudront bien nous adresser. B.

Pour l'enfance anormale.

Création d'un institut pédagogique pour enfants nerveux, débiles ou maladifs. — La question de l'enfance anormale est sérieusement à l'ordre du jour. Depuis quelques années, en Belgique et dans divers pays, des Instituts spéciaux ont été fondés pour l'éducation et l'instruction des enfants arriérés. Nombreux sont les enfants que leur santé physique ou intellectuelle, ou les infirmités dont ils ont été atteints, empêchent de suivre la classe commune ; ils ne peuvent davantage être instruits en famille à cause des connaissances spéciales que doivent posséder leurs éducateurs, et des soins particuliers que nécessite leur état.

Un comité est constitué à Bruxelles pour mener à bien la création d'un Institut de ce genre dans un des quartiers les plus salubres des environs immédiats de la ville, à une altitude de 100 mètres environ, et à un endroit d'accès facile et desservi par divers tramways. Cet institut s'ouvrira au début d'octobre prochain, avenue Maurice, 11, au quartier si riant de la petite Suisse à Ixelles, à un pas du bois de la Cambre.

Les religieuses du Saint-Enfant-Jésus qui depuis un an déjà se sont occupées de l'éducation des enfants arriérés à Bruxelles, ont promis leur concours et leur dévouement pour entourer de soins tout maternels les enfants qui leur seront confiés. Les succès qu'elles ont obtenus durant l'année écoulée ont fait l'admiration et l'étonnement des familles qui se sont adressées à elles pour l'éducation de leurs chers enfants, et sont un gage assuré de leurs succès futurs.

Le comité directeur m'a fait l'honneur de me confier la direction médicale de l'Institut et m'a adjoint en qualité de médecins consultants deux savants confrères spécialistes : le docteur Glorieux pour les maladies nerveuses et le docteur Vanlangendonck pour l'orthopédie. Seront reçus à l'Institut :

1° Les enfants simplement nerveux ; 2° les enfants atteints d'affections nerveuses accompagnées de paralysies, d'agitations ou de tremblements ; 3° les enfants indociles ou indisciplinés ; 4° les enfants arriérés au point de vue intellectuel et ne pouvant de fait suivre le niveau de la moyenne de leurs condisciples ; 5° les enfants atteints de troubles de la parole ; 6° les enfants atteints de maladies chroniques non contagieuses, osseuses, articulaires,

etc., nécessitant de longs traitements qui les mettent dans l'impossibilité de suivre la classe commune.

Les enfants atteints d'idiotie ou d'affections contagieuses ne peuvent être admis à l'Institut. Les sexes ainsi que les différentes catégories d'enfants sont séparés. (*Annales de la policlinique centrale de Bruxelles*, août 1904.) Dr MATAGNE.

CORRESPONDANCE

Personnel médical et secondaire à l'Asile Clinique.

Paris, le 21 février 1905.

Mon cher M. Bourneville,

J'estime, pour ma part, très suffisant le personnel médical de mon service. J'ai une moyenne de 380 malades, ce qui est, certes, considérable, mais si l'on songe que sur ce nombre il y a bien près de 350 chroniques incurables, auxquelles nous n'avons guère que des soins généraux à donner, on conviendra qu'un médecin et deux internes peuvent parfaitement suffire à la tâche.

Ce qui nous manque, c'est du *personnel secondaire*. Ici, l'insuffisance n'est pas seulement regrettable, elle est *lamentable* et *scandaleuse*. Pour assurer la surveillance générale et les soins de nos 380 malades, nous avons *sur le papier* 44 personnes, dont il faut défalquer nécessairement les 4 baigneuses et les 9 veilleuses chargées de services spéciaux, ce qui réduit à 31 personnes le personnel de jour, y compris la surveillante en chef.

Cela donnerait à peu près *une* personne pour 12 malades. Mais d'abord c'est là une *moyenne*, qui, comme toutes les moyennes, ne répond pas à la réalité. Si l'on songe que certains quartiers nécessitent une surveillance plus grande et des soins plus minutieux, il en résulte que les autres quartiers sont d'autant moins bien partagés, et que si, dans le quartier des grandes agitées, par exemple, il y a quatre infirmières pour 18 malades, il n'y en a plus, dans d'autres, que *trois* pour *soixante* et même *soixante-dix*. Si nous ajoutons : 1° qu'à chaque instant du jour des infirmières sont obligées de sortir de leur quartier pour des besognes nécessaires et urgentes ; — 2° que nos infirmières ont un jour de congé tous les dix jours et prennent un congé *annuel* de 15 jours, lequel n'est vraiment pas volé ; — 3° que ce personnel, précisément à cause du surmenage auquel il est soumis, est très souvent malade, et qu'en temps d'épidémie de grippe, par exemple, — comme cela

vient d'avoir lieu — c'est parfois 3, 4 et même 5 infirmières qui font défaut du même coup ; — 4° que ce personnel comprend actuellement *quatorze* femmes mariées qui ont le droit de devenir grosses et d'accoucher, et qu'on ne saurait humainement exiger d'elles un travail normal pendant le dernier mois au moins de la grossesse, non plus que les priver des trois semaines de repos dont elles ont besoin après leurs couches : on conviendra que c'est pure fantasmagorie et poudre aux yeux que de prétendre que le personnel mis à notre disposition pour assurer le service est dans la proportion de *une* infirmière pour *dix* malades. Encore faut-il observer que le chiffre des malades, dit *normal*, est constamment dépassé ; et qu'on *l'augmente* même tous les ans, je ne sais pourquoi, sans pour cela augmenter les moyens de surveillance.

Veuillez agréer, mon cher monsieur Bourneville, l'assurance des meilleurs sentiments de votre bien dévoué,

Paul Dubuisson,
Chef du service des femmes de Saint-Anne.

Personnellement, nous avons souvent appelé l'attention de l'Administration et de la Commission de surveillance sur l'insuffisance du personnel secondaire dans les Asiles de la Seine. A une époque, nous en avions obtenu l'augmentation, mais le Conseil général précédent, voulant faire des économies, a fait procéder à une réduction. Le service de veille que, avec la Commission de surveillance, nous avons fait réorganiser — nous pourrions dire organiser — n'a pas subi de réduction, croyons-nous. Il n'est peut-être pas encore suffisant. Dans des tableaux joints à notre rapport sur la réorganisation des écoles départementales d'infirmiers et infirmières, nous avons donné l'état du personnel secondaire dans les asiles d'aliénés de France : il est encore plus insuffisant, en général, que dans les Asiles de la Seine. La lettre de notre collègue M. le Dr Dubuisson, que nous sommes heureux de publier, montre l'intensité du mal et la nécessité d'une réforme sérieuse. Les *Archives de Neurologie* accueilleront avec plaisir tous les renseignements que les médecins des Asiles voudront bien leur adresser sur cette importante question. B.

VARIA

Prix de l'Académie de médecine.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse.

Prix Baillarger: 2.000 francs. Ce prix, destiné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés, est décerné à M. le Dr Paul Sérieux, de Ville-Evrard pour, une série de mémoires ayant trait à la thérapeutique des maladies mentales et à l'organisation des asiles d'aliénés.

Prix Civrieux : 800 francs. Question: *du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale*. Deux mémoires ont été présentés. Le prix est décerné à M. le Dr Marchand (de Blois). Une mention très honorable est attribuée à M. le Dr Jacquemart (de Paris).

Prix Falret : 700 francs. Question : *la neurasthénie ; pathogénie et traitement*. Quatre mémoires ont été présentés. Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde une mention très honorable à M. le Dr Maurice de Fleury, de Paris.

Prix Ernest Godard : 1.000 francs au meilleur travail sur la pathologie interne. Le prix est décerné à M. le Dr A. Raffray de Curepipe. île Maurice : *Les déséquilibrés du système nerveux.*

Prix Théodore Herpin (de Genève): 3.000 francs. Douze mémoires ont été envoyés. Le prix est décerné à MM. les Drs P. E. Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Roy, de Paris : *Etudes biologiques sur les géants*. L'Académie accorde en outre des mentions très honorables : 1° à M. le Dr Maurice de Fleury, de Paris : *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux* ; *les grands symptômes neurasthéniques* ; 2° à M. le Dr H. Nimier, professeur à l'école du Val-de-Grâce, *Blessures du crâne et de l'encéphale par coups de feu* ; 3° à M. le Dr Muskens, d'Amsterdam: *Etudes sur les troubles de la sensibilité à la douleur de type radiculaire chez les tabétiques et les épileptiques et leur valeur pratique dans le traitement du mal comitial.*

Prix Henri Lorquet : 300 francs. Cinq mémoires ont été envoyés. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable avec encouragement de 300 francs à M. le Dr Henri Carrier, de Lyon : *La cellule nerveuse normale et pathologique* ; une mention honorable à M. le Dr Henri Damaye, interne à l'asile de Vaucluse : *Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale.*

Prix Aldophe Mombinne : 1.500 francs. L'Académie décerne le prix à MM. le Dr Colin et F. Pactet (de Villejuif), pour accom-

plir une mission dont ils ont été chargés par le ministre de l'intérieur ayant pour but de rechercher dans les maisons centrales, les prisons et les maisons de correction les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de leur procès et qui ont été condamnés, et ceux qui le sont devenus au cours de l'accomplissement de leur peine.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour 1907 :

Prix Civrieux : 800 francs (annuel). Question : *La syphilis spinale*. — *Prix Falret* : 700 francs (biennal). Question : *De l'état mental des dipsomanes* ; *Prix Théodore Herpin* (de Genève) : 3.000 francs (annuel), au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses : *Prix Henri Lorquet* : 300 francs (annuel) au meilleur travail sur les maladies mentales.

Nota. — Les concours de l'Académie sont clos, tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine, les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit. Le même ouvrage ne pourra être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

Les aliénés en liberté.

— M. Cazaux, instituteur colonial, en congé à Campan (Hautes-Pyrénées), atteint *d'aliénation mentale*, a tiré plusieurs coups de revolver sur M. Durand, procureur de la République, qui travaillait dans son cabinet. L'état du blessé est grave. Le meurtrier a été arrêté. Il était divorcé et avait, malgré le jugement, gardé son jeune fils. Le procureur de la République l'ayant forcé de le rendre à la mère, il avait juré de se venger du magistrat. (*Bonhomme normand*, 8 mars.)

— *Disparition*. — Le nommé Louis Porcherot, de Bonnencontre, qui depuis quelque temps ne paraissait pas jouir pleinement de ses facultés, a quitté son domicile il y a une douzaine de jours et n'y est pas revenu. (*Progr. de Lyon*, 22 mars.)

Drames de l'alcoolisme.

Un forcené. — Dans un accès de *délire alcoolique*, le sieur Antoine Gravier, 19 ans, ouvrier terrassier chez le sieur Boulicault, entrepreneur à Saint-Martin-des-Besaces (Calvados), a tenté de donner des coups de couteau à son patron et l'a frappé violemment. Il n'a pas fallu moins de neuf personnes pour maîtriser ce forcené, qui, déposé au violon, a démoli la cloison qui sépa-

rait ce local en deux. Il a été conduit, sous bonne escorte, à la prison de Vire. (*Bonhomme norm.*, 8 mars.)

Suicide. — Louis Barbet, 53 ans, fermier à Nocé, *alcoolique*, disait souvent qu'il tuerait sa femme et se suiciderait ensuite. Mardi de la semaine dernière, vers 4 heures de l'après-midi, Barbet s'arma d'un fusil de chasse à deux coups, puis, saisissant sa femme à bras le corps, il chercha à l'entraîner dans le fournil déclarant qu'il voulait la tuer. La femme Barbet se mit à crier au secours et, ayant pu se dégager, se réfugia chez son gendre. Celui-ci désarma son beau-père, qui lui demanda pardon de l'acte insensé qu'il venait de commettre. Les gendarmes se rendirent au domicile de l'alcoolique ; ils le trouvèrent pendu dans son écurie. (*Ibid.*)

La princesse Louise de Cobourg.

A la suite du décès du docteur Paul Garnier qui, on le sait, avait été un des médecins désignés pour procéder à l'examen de l'état mental de la princesse Louise de Cobourg-Gotha, le président du tribunal avait désigné M. le docteur Dubuisson, médecin en chef de l'asile de Sainte-Anne, pour le remplacer.

M. le docteur Dubuisson a prêté serment hier dans le cabinet de M. Ditte. Afin d'aller plus rapidement, la cour du maréchalat avait déclaré renoncer à la cérémonie qui s'était produite lors du serment des autres médecins, c'est-à-dire à la présence de tous les intéressés. Seul, l'avocat de la princesse, Me Albert Clémenceau, y assistait.

Concert des jeunes aveugles de l'Institut de Dijon.

« La belle salle des Etats de Bourgogne était archi-comble hier, jeudi, pour le concert que les jeunes aveugles de l'Institut de Dijon donnaient — ainsi que l'annonçait le programme — « à leurs bienfaiteurs et amis ». Et il nous a paru que la pensée de tout ce monde que, de temps à autre envahissait une certaine émotion, pouvait se traduire en ces quelques mots : « Aux plus déshérités, le plus d'amour. Le *Petit Bourguignon* du 24 mars donne ensuite un compte rendu très intéressant de cette fête qui a fort bien réussi. Et il conclut ainsi :

« En terminant, nous avons le devoir d'adresser encore une fois l'expression de toutes nos sympathies au dévoué directeur de l'Institut des sourds-muets et jeunes aveugles, M. Boyer, qui, avec un zèle infatigable, s'efforce de rendre la vie douce à ses intéressants pensionnaires, à seule fin de les encourager à se la rendre plus tard utile à eux-mêmes.»

Tout ce qui a trait aux enfants anormaux nous paraît de nature à intéresser nos lecteurs, c'est pourquoi nous signalons la fête de Dijon.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvements de février et de mars 1905.* — M. le Dr MAUPATÉ, directeur médecin à l'asile de la Charité (Nièvre), promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr CAPGRAS, médecin adjoint à la colonie famililiale de Dun-sur-Auron, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr RODIET, médecin adjoint à Montdevergnes (Vaucluse), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr BONNET, médecin en chef à la colonie famililiale d'Ainay-le-Château-en-Cher (Cher), est promu à la 1re classe du cadre.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le président du conseil ministre de l'intérieur et des cultes, sur la proposition du conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, arrête :

Article premier. -- Les médecins-adjoints reçus au concours, qui occuperont effectivement les postes de chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine à Paris, seront considérés comme exerçant leurs fonctions dans un asile public d'aliénés. Le temps du clinicat ne pourra pas dépasser trois ans.

MONUMENT A PINEL. — Par l'initiative du Père Gervais, supérieur de l'asile d'aliénés de San Baudilio, il va être procédé dans cet établissement, dit la *Revista frenopatica Espanola* (mars), à la construction d'un monument afin de perpétuer la mémoire de l'illustre aliéniste français. Nous remercions les auteurs de ce projet qui fait honneur à notre pays.

HOSPICE DE BICÊTRE : *Maladies mentales et nerveuses des enfants.* — Consultations pour les enfants indigents, le jeudi à 9 h. 1/2. Visite complète du service, présentation de malades et de pièces anatomiques, le *samedi*, à 9 h. 1/2 très précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOURNEVILLE. — *Fixation du nombre des médecins dans les asiles publics d'aliénés.* Rapport fait au Conseil supérieur de l'Assistance publique. In 4e de 58 pages, avec de nombreux tableaux.

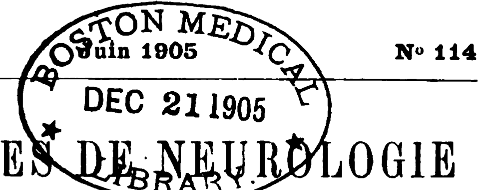
COURTELLEMONT (Victor). — *Contribution à l'étude des accidents nerveux, consécutifs aux méningites aiguës simples.* 1 vol. In-8e de 268 pages. Prix 5 fr. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères.



Vol. XIX — Juin 1905 — N° 114



ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Le réflexe lumineux dans la paralysie générale;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Nous avons publié en mars 1902 dans la *Gazette des Hôpitaux* les constatations relatives au réflexe lumineux que nous avions opérées sur 30 paralytiques généraux d'après une méthode différente de celle qu'avaient utilisée jusqu'alors les observateurs assez nombreux qui en France et à l'Etranger, s'étaient occupés de la question. Tous, en effet, avaient suivi Musch qui le premier étudia les réflexes dans la paralysie générale mais qui se borna à examiner une seule fois les sujets, à une période quelconque de la maladie.

Il nous a semblé qu'un tel procédé ne pouvait donner que des résultats erronés et qu'il était indispensable d'avoir la patience et le soin de suivre les mêmes malades depuis leur entrée à la première période de l'affection jusqu'à sa terminaison par la mort. Ainsi nous procédâmes et sur 30 paralytiques nous avons examiné les réflexes iriens du début à la fin de la périencéphalite chronique, réalisant 750 constatations sur lesquelles nous basâmes notre travail.

Ces constatations indiquaient sans doute dans quelles proportions on rencontrait le lumineux altéré, mais elles ne fournissaient aucun renseignement sur le nombre de paralytiques atteints et épargnés. Nous avions suivi de si près nos malades et ces recherches nous avaient demandé tant de temps que nous ne disposions que de 30 su-

jets, nombre insuffisant pour permettre, surtout aux diverses périodes du mal,une statistique de quelque valeur. Afin de combler cette lacune, nous avons continué nos recherches en espaçant davantage nos investigations,car il nous a semblé qu'il était inutile de rechercher l'état du réflexe quand aucune modification ne se reproduisait ni au physique ni au psychique. En procédant de cette façon nous avons réussi à suivre 140 paralytiques dont malheureusement 50 ont succombé au cours de la première période, 36 de la seconde, de telle sorte que seuls 54 ont parcouru les trois phases, succombant au marasme paralytique. Sans doute, ce ne sont pas là les centaines que fournit la méthode de Musch mais nous pensons que nos 140 paralytiques suivis jusqu'à leur décès ont peut-être plus de valeur que tous les autres.Ce qui contribue à nous confirmer dans cette pensée, c'est que la longue et minutieuse méthode que nous avons adoptée ne nous permet pas seulement d'établir, comme l'ancienne, la proportion des normalités, des anormalités et des diverses espèces d'altérations, mais encore, constatation qui n'a jamais été faite, puisque personne jusqu'ici n'a eu la constance de suivre les malades d'un bout à l'autre de leur maladie, mais encore d'indiquer combien parmi eux conservent le réflexe toujours normal et combien toujours anormal, de l'éclosion de la paralysie générale à la mort,et aussi chez combien il y a alternative des deux états. Et quand l'alternative n'atteint qu'un œil,notre méthode nous permet encore de savoir si le trouble unilatéral fut persistant ou s'il n'a eu qu'une certaine durée.

De même,si nous envisageons les diverses espèces d'altérations, nous voyons que par notre méthode nous apprenons si une seule d'entre elles s'est manifestée ou si chez le même paralytique, plusieurs se sont succédé. Toutes ces particularités fort intéressantes n'ont jamais été publiées, par suite des défectuosités de la méthode de recherches adoptée.Les tableaux de ce mémoire sont donc les premiers qni paraissent. Les voici :

Le total de nos 140 malades, par conséquent de ceux qui ont succombé au cours de l'affection, comme de ceux qui l'ont parcourue tout entière est quant, à la normalité et à l'anormalité du réflexe :

Toujours normal..................	34	soit	24.14 %
Toujours anormal..................	24	»	17.04 »
Alternativement normal et anormal.	82	»	58.82 »
Total....................	140		

Ce tableau établit que, d'une manière générale, abstraction faite des périodes du mal dont nous nous occuperons tout à l'heure, l'anormalité l'emporte de 75.86 %, c'est-à-dire dans les trois quarts des cas ; néanmoins, d'une manière également générale, la normalité constante l'emporte sur l'anormalité dans les mêmes conditions, de 7,10 % : l'écart n'est pas considérable, mais il est intéressant de constater que, dans l'ensemble de tous les cas, de ceux qui n'évoluent pas et de ceux qui évoluent complètement, il arrive un peu plus souvent au lumineux de rester tout le temps normal que tout le temps anormal. Dans un instant nous verrons combien sont différents les résultats quand on ne considère que les seuls paralytiques qui sont morts dans le marasme, à la phase ultime. Le fait de beaucoup le plus fréquent est l'alternance des deux états. Notre méthode nous a permis, en effet, de nous assurer que quand le lumineux est devenu anormal, il ne reste pas toujours tel, mais que le plus souvent, détail intéressant qui, à notre connaissance, n'a pas été signalé, au bout d'un certain temps il redevient normal pour, de nouveau, s'altérer plus tard, et, de nouveau plus tard encore, recouvrer sa normalité ; il lui arrive de passer ainsi successivement une ou plusieurs fois par les deux états. De cette évolution particulière que nous nous proposons d'étudier en détails dans un travail spécial, il résulte que si on examine une fois seulement le réflexe, alors même qu'il aurait été touché, on a autant de chances de le trouver normal qu'anormal, plus même, puisque nous venons de voir que la normalité constante est un peu plus fréquente que l'anormalité dans les mêmes conditions. Ainsi avec la méthode de Musch, seule en honneur jusqu'ici, les hasards de la clinique peuvent établir une majorité en faveur du nombre des paralytiques dont le lumineux est épargné, alors que nous savons que les trois quarts sont, au contraire, atteints, puisque seuls 24.14 % conservent tout le temps le réflexe normal.

Mais parmi les 140 paralytiques il y en a un certain nombre qui n'eurent qu'un œil anormal et quelques autres qui furent atteints d'anormalités différentes aux deux yeux. Il convient donc d'en faire un groupe séparé :

Un seul œil toujours anormal.........	6 soit	4.26 %
Un seul œil momentanément anormal...	15 »	10.65 »
Anormalités différentes aux deux yeux...	3 »	2.13 »

Ainsi, c'est donc seulement chez 3 de nos 140 paralytiques, soit dans l'infime proportion de 2.13 % que l'anormalité fut différente à droite et à gauche ; plus souvent, chez 21 malades, soit dans 14.91 %, nous avons rencontré un seul œil anormal ; c'est donc dans une petite minorité de cas, et encore faut-il remarquer que plus de deux fois plus souvent, l'unilatéralité de l'anormalité fut momentanée : c'est seulement dans 4.26 % qu'elle a persisté. C'est la première fois à ma connaissance que ces faits sont établis, grâce à la méthode de recherches que nous avons adoptée, méthode sans doute longue et minutieuse et qui ne permet pas au même observateur d'entasser des faits, mais qui néanmoins me paraît avoir son utilité, si j'en juge par les résultats que j'ai obtenus. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que dans l'immense majorité des cas, les deux yeux sont atteints et atteints d'anormalités identiques.

Maintenant, pour être absolument exact, il n'est peut-être pas inutile de retrancher des 140 paralytiques du premier tableau les 24 du second afin de n'avoir que les 116 qui eurent aux deux yeux des anormalités semblables :

Toujours normal..................	34 soit	29.24 %
Toujours anormal...............	12 »	10.32 »
Alternativement normal et anormal.	70 »	60.44 »
Total.....................	116	

Les proportions diffèrent comme quantité ; l'écart de l'anormalité constante avec la normalité dans les mêmes conditions s'accentue beaucoup, tandis que la proportion de l'alternative des deux états ne varie pour ainsi dire pas. Mais aucun fait nouveau n'apparaît.

Nous aurons des résultats beaucoup plus précis et plus

probants en relevant les seules données fournies par les 54 paralytiques qui ont été observés jusqu'à leur mort dans le marasme paralytique, à la phase ultime, car ces résultats seront complets, puisqu'ils embrasseront, pour les mêmes malades, toute la durée complète de l'affection. Les voici :

Toujours normal..................	0	soit	0 %
Toujours anormal..................	6	»	11.10 »
Alternativement normal et anormal.	48	»	88.90 »
Total......................	54		

Nous constatons que dans ce tableau la proportion d'anormalité constante est la même, peut-on dire, que dans le précédent, c'est celle de l'alternative des deux états, qui s'augmente de bien plus d'un tiers, mais nous y constatons aussi un fait capital, qui prouve péremptoirement la nécessité de la méthode que nous avons appliquée et combien est trompeuse celle toujours adoptée. Ce tableau en effet, ne renferme pas un seul cas de normalité constante. Donc, en suivant les paralytiques du début à la terminaison de l'encéphalite chronique par le marasme ultime, on est certain de trouver à un moment ou à un autre du cours de l'affection le lumineux anormal, ce qui nous permet de formuler comme loi, que dans la paralysie générale à évolution complète, le réflexe irien à la lumière ne reste jamais toujours normal. A noter que l'anormalité constante est inférieure de 5.94 % à celle du premier tableau général ; l'écart n'est pas bien considérable, il est dû à la mort rapide d'un certain nombre de sujets à la phase initiale qui ont gardé le réflexe toujours anormal par suite de la gravité du mal et aussi de son peu de durée.

C'est parmi ces 54 paralytiques que se trouvent les trois qui eurent des anomalies différentes à droite et à gauche ; il y en a aussi trois des 15 avec un seul œil momentanément anormal, mais les retranchant du tableau précédent, rien n'est changé quant aux résultats.

Nous arrivons aux altérations. Nos 140 paralytiques fournissent le tableau suivant :

Toujours normal	34	soit	24.14	%
Affaiblissement seul	19	»	13.49	»
Abolition seule	26	»	18.46	»
Exagération seule	0	»	0	»
Affaiblissement et abolition	52	»	37.52	»
Exagération et affaiblissement	3	»	2.13	»
Exagération, affaiblissement et abolition	6	»	4.26	»
Total	140			

Deux faits frappent surtout dans ce tableau. Tout d'abord la rareté de l'altération en plus que nous donnèrent également nos constatations de 1902; 9 seulement de nos 140 paralytiques l'ont présentée, soit 6.39 % ; et encore. croyons-nous avoir été favorisés ; la proportion était un peu plus faible il y a 4 ans. Les altérations en moins étaient en effet vingt fois plus fréquentes, alors qu'elles ne le sont que 18 fois. En outre, jamais l'exagération ne fut le seul trouble de lumineux ; sa durée fut toujours passagère et elle ne tarda pas à disparaître pour laisser la place soit à l'affaiblissement seul, soit, deux fois plus souvent, à l'affaiblissement et à l'abolition. En suivant donc nos paralytiques comme nous l'avons fait, nous en avons par conséquent rencontré 6 qui ont présenté successivement les trois altérations, soit dans la proportion de 4,26 %. Les altérations en moins sont donc de beaucoup les plus fréquentes, surtout l'abolition. La tendance du réflexe serait dès lors plus à l'inertie totale qu'à la simple parésie.

Le second fait qui frappe dans le tableau est la proportion considérable de la succession des deux altérations en moins chez le même paralytique ; elle est plus forte de 6.17 % que les deux réunies de l'affaiblissement et de l'abolition comme seuls troubles. Nous en donnons plus loin l'explication.

Si nous faisons le total des trois espèces d'altérations, leur fréquence différente apparaîtra mieux ; le total dépassera le nombre des malades puisque 52 en ont successivement deux et 6 en ont eu trois.

Affaiblissement	80	soit	56.80	%
Abolition	84	»	59.64	»
Exagération	9	»	6.39	»

Comme on voit, l'écart proportionnel est insignifiant entre l'affaiblissement et l'abolition, de 2.84 %. En suivant donc de près tout le temps les paralytiques, on relève, peut-on dire, en fréquence égale, les deux altérations en moins. Or nos recherches minutieuses et prolongées nous ont révélé deux faits qui expliquent cette constatation,

Tout d'abord, de ce que nous avons observé, j'ai tout lieu de ne pas croire à l'abolition d'emblée des réflexes iriens dans la paralysie générale. J'estime qu'elle est toujours précédée d'un affaiblissement dont la durée est plus ou moins longue, mais qui ne manque jamais. De là, la fréquence excessive constatée plus haut de la présence des deux et de la rareté comparative, soit de l'affaiblissement seul, soit de l'abolition seule. Sans doute, pour en arriver à une certitude absolue, il faudrait avoir la patience et le loisir d'examiner le réflexe tous les jours et même plutôt deux fois qu'une par jour. Je crois qu'en procédant ainsi on constaterait que dans tous les cas l'abolition ne s'établit jamais tout d'un coup, mais qu'elle est toujours précédée d'une période plus ou moins longue ou plus ou moins courte de parésie. Ce qui m'autorise à écrire cela, c'est que nous avons, pour nous éclairer, suivi journellement quelques paralytiques et nous avons vérifié le fait. S'il en est ainsi, il est évident qu'en suivant de très près les malades, on doit relever autant d'affaiblissement que d'abolition.

Un second point sur lequel je serai encore plus affirmatif est que, dans la presque totalité des cas, la durée de cet affaiblissement précurseur de l'abolition est d'autant plus courte que la paralysie générale est plus avancée. Il nous est arrivé à la phase ultime de trouver affaibli le matin le lumineux qui la veille était normal et aboli le lendemain ; l'affaiblissement précurseur n'avait donc même pas duré vingt-quatre heures ; tandis qu'à la deuxième et surtout à la première, il persiste plusieurs jours et parfois plusieurs semaines. Si par conséquent on examine d'autant plus souvent le malade qu'il est à une période plus avancée, ce que nous avons fait, l'affaiblissement précurseur n'échappera pas ou échappera rarement et on obtiendra comme nous, à peu de chose près,

l'égalité de fréquence des deux altérations en moins. Cette diminution progressive de la parésie précursive est bien la preuve que le lumineux est d'autant plus profondément altéré et tend d'autant plus à l'inertie totale que la périencéphalite chronique progresse.

Nous savons que chez 21 de nos 140 paralytiques, un seul œil fut altéré et chez 3 les deux yeux eurent des altérations différentes. Quelles furent celles-ci dans ces 24 cas ?

Un seul œil affaibli	11	soit	7.81	%
Un seul œil aboli	10	»	7.10	»
Un seul œil exagéré	0	»	0	»
Un œil affaibli et l'autre aboli	3	»	2.13	»
Un œil exagéré et l'autre altéré en moins	0	»	0	»
Total	24			

Ce petit tableau établit qu'un seul œil est en fréquence à peu près égale, affaibli ou aboli, mais jamais exagéré, du moins nous ne l'avons pas observé ; de même, d'après nos constatations, quand les altérations ne sont pas les mêmes aux deux yeux, la différence ne consiste qu'en un degré différent d'intensité de l'altération en moins, affaiblissement d'un côté et abolition de l'autre ; jamais non plus nous n'avons observé des altérations de nature différente : en plus à droite et en moins à gauche. En 1902, il a été tout aussi exceptionnel de ne pas trouver aux deux yeux des altérations identiques ; mais dans ces cas rares ce fut toujours une altération unilatérale, normalité d'un côté et abolition de l'autre. Jamais nous n'avons observé sur nos paralytiques qui n'étaient, il est vrai, qu'au nombre de 30, des altérations différentes aux deux yeux.

Cette étude générale terminée, comme nous avons suivi nos 140 paralytiques de l'éclosion de l'affection à sa terminaison par la mort, nous sommes à même de compléter notre travail en établissant chez les mêmes malades les proportions des anomalies et des diverses altérations aux trois périodes de l'affection.

D'après ce que nous avons rapporté au début de ce travail des vides amenés par les décès, si à la première période nous avons 140 sujets, il n'y en a plus à la se-

conde que 90, et 54 à la troisième. C'est par conséquent d'après ces nombres que sont établies les proportions dans les tableaux qui suivent :

	1re période			2e période			3e période		
			o/o			o/o			o/o
Toujours normal...	59	soit	42.49	27	soit	29.97	2	soit	3.70
Toujours anormal..	35	»	24.85	31	»	34.41	46	»	85.20
Altern. normal et anormal........	46	»	32.66	32	»	35.62	6	»	11.10
Totaux	140			90			54		

Ce tableau établit avec une grande netteté que la normalité constante du lumineux durant toute la 1re période diminue de la première à la seconde de 12.52 % et à la troisième par rapport à cette dernière, dans la forte proportion de 26.20 %. mais qu'elle se retrouve encore néanmoins à la troisième contrairement à l'opinion opposée qui est, je crois, l'opinion générale. Nous avons multiplié les recherches, varié les procédés de constatation, et chez 2 paralytiques sur nos 54 nous avons constaté la normalité de l'irien à la lumière durant toute la phase ultime ; nous n'avons même pas observé chez ces 2 sujets le plus petit affaiblissement ou la plus légère abolition.

Ce tableau établit ensuite la grande précocité de l'anormalité du lumineux, puisque c'est dans plus de la moitié des cas, dans 57.51 % que le réflexe fut, soit toujours ou soit momentanément anormal à la phase initiale. En troisième lieu, la proportion est à peu de chose près identique aux deux premières phases en ce qui concerne les alternatives de normalité et d'anormalité du réflexe, tandis qu'elle est trois fois plus faible à la dernière. A celle-ci en effet, le lumineux est anormal d'une façon constante dans plus des 4/5 des cas. On voit tout l'intérêt des résultats que nous a fournis la méthode que nous avons adoptée, résultats qui ne font point regretter tous les soins et le long temps qu'elle exige.

Disons qu'en 1902, les résultats de nos constatations diffèrent sur deux points des précédents, quant à la fréquence de l'anormalité aux trois périodes. Elles nous ont donné le maximum de celle-ci, non à la phase ultime,

mais à l'intermédiaire, l'écart n'était pas considérable, de 3.8 % ; cela tenait à un hasard et est la preuve des erreurs auxquelles expose toute autre méthode que celle de ce travail, car il y a trois ans nous n'avions pas ménagé nos recherches puisque le nombre de nos constatations, avons-nous dit plus haut, fut de 750. Il n'est pas douteux, en effet, d'après les recherches que nous publions aujourd'hui, que le lumineux est beaucoup plus souvent anormal à la dernière période qu'aux deux autres. En effet, à la seconde période, l'anormalité constante l'emporte sur celle de la première de 9.56 % et à la troisième elle est supérieure à celle de l'intermédiaire dans l'énorme proportion de 50.69 %. En second lieu, nos constatations de 1902 établissaient sans doute que l'irien à la lumière avait été trouvé anormal dans une forte proportion dès la première période, mais que toujours, l'état normal à cette phase initiale l'emportait sur l'état anormal en fréquence tandis qu'aux deux autres le contraire avait été vu. Dans le présent tableau, l'anormalité prédomine à toutes les phases. Cette différence tient à ce que nos constatations n'ont pas porté seulement sur la normalité constante, mais aussi sur celle très fréquente, plus fréquente que celle-ci et assez longue à ce moment intercalée entre deux anormalités d'une durée plus courte. En réalité, ainsi que le montre notre tableau, tandis que la normalité constante va en diminuant d'une période à l'autre, l'anormalité constante au contraire va en augmentant. Quant aux 21 cas d'anormalité unilatérale et aux 3 cas d'anormalité différente aux deux yeux, ils se répartissent comme il suit aux trois périodes :

	1re période			2e période			3e période		
			%			%			%
Un seul œil toujours anormal........	13	soit	9.23	»	soit	»	»	soit	»
Un seul œil momentanément anorm.	2	»	1.42	9	»	9.99	»	»	»
Anormal. différente aux 2 yeux...	0	»	»	3	»	3.33	»	»	»

Tout d'abord, dans ce tableau la somme totale des anormalités unilatérales est 24 au lieu de 21 parce qu'en sui-

vant les malades comme nous l'avons fait, nous avons constaté que 3 des 13 constantes durant toute la première période avaient persisté durant un certain temps après que les paralytiques fussent passés à la seconde ; par conséquent 3 anormalités unilatérales figurent aux deux phases : constantes à l'initiale et momentanées à l'intermédiaire. Un second fait intéressant qu'établit le tableau, c'est que les anormalités unilatérales diminuent en nombre et en persistance avec les progrès du mal. En effet, il y en a 15 à la première période, seulement 9 à la seconde et pas une seule à la troisième ; en outre, tandis que 13, par conséquent la presque totalité des anormalités unilatérales de la phase initiale, ont été constantes, toutes les 9 de la phase intermédiaire n'ont été que momentanées. Enfin c'est seulement à la seconde période que nous avons rencontré l'anormalité différente aux deux yeux. On voit combien sont intéressants et inédits les faits que fournit notre méthode. Quant aux diverses espèces d'altérations aux trois périodes les voici :

	1re période			2e période			3e période		
			%			%			%
Toujours normal..	59	soit	42.49	27	soit	29.97	3	soit	3.80
Affaibliss. seul....	27	»	19.17	17	»	18.87	9	»	16.65
Abolition seule....	20	»	14.20	28	»	31.18	34	»	62.90
Exagération seule	6	»	4.26	»	»	»	»	»	»
Affaibl. et abolition	25	»	17.75	18	»	19.98	9	»	16.65
Exagér. et affaibl..	3	»	2.13	»	»	»	»	»	»
Totaux......	140			90			55		

Trois faits sont établis par ce tableau dont deux le furent également par nos constatations de 1902, un diffère. En premier lieu, l'exagération du lumineux à la seule période initiale, quand les sphincters étaient encore intacts. Notre méthode nous a permis ensuite d'établir, comme le montre le tableau, que l'exagération peut se montrer deux fois plus souvent seule durant toute la première période que précédée ou suivie d'un trouble en moins. Ensuite, c'est en proportion régulièrement croissante que l'abolition a été constatée ; celle de la phase intermédiaire l'emporte sur celle de l'initiale de 16.98 % et celle de l'ultime sur celle-ci de 31,72 % ; les écarts sont donc assez notables.

La succession durant les périodes des deux altérations en moins ne présente pas de différence bien marquée, on peut dire que cette alternative aux trois phases fut la même. Le fait se constate également pour l'affaiblissement comme seul trouble et c'est ce résultat qui diffère de celui fourni par nos constatations de 1902 qui avaient fourni une minorité considérable à la dernière période. L'explication de cette différence est celle que nous avons déjà donnée plus haut à propos de notre tableau général, à savoir la très courte durée, à la phase ultime, de l'affaiblissement précurseur de l'abolition, courte durée qui ne permet pas de le constater beaucoup de fois. Dans ces conditions, forcément, un tableau d'après le nombre des constatations doit en donner d'autant moins que la paralysie générale est plus avancée.

Enfin, ce tableau confirme l'erreur que nous avons déjà signalée et qui a été reproduite tout dernièrement par M. Dupré dans l'excellent chapitre très complet qu'il a écrit pour le récent *Traité de pathologie mentale* de M. Gilbert Ballet. Il n'est pas vrai qu'à la phase ultime le lumineux soit toujours aboli. Sans doute, c'est dans la grande majorité des cas qu'il l'est et cette majorité apparaîtra encore mieux un peu plus bas dans un autre tableau ; il en résulte que si on ne cherche le réflexe qu'une fois, on a toutes les chances de le trouver aboli. Mais je puis assurer à tous ceux qui voudront bien avoir la patience d'appliquer notre méthode et de suivre les paralytiques de l'éclosion à la terminaison de leur affection que, loin de rencontrer le lumineux toujours aboli, ils le trouveront non seulement affaibli momentanément, mais encore durant toute la période, sans jamais d'abolition : bien plus, ils le trouveront également assez souvent normal durant un certain temps et, qui plus est, normal toujours par exception chez un tout petit nombre. En réalité, l'exagération seule manque à la phase ultime ; quand le réflexe est altéré, ce qui est le cas presque constant, comme à la phase intermédiaire d'ailleurs, il l'est toujours en moins, jamais en plus.

Les rapports des diverses espèces d'altérations ressortiront davantage en faisant leur somme totale à chaque période, des constantes et des momentanées.

	1re période			2e période			3e période		
			%			%			%
Affaiblissement...	55	soit	39.05	35	soit	38.85	18	soit	33.30
Abolition.........	45	»	31.95	46	»	51.06	43	»	79.55
Exagération......	9	»	6.39	»	»		»	»	»

Ce tableau montre qu'aux trois phases la somme des affaiblissements va sans doute en diminuant avec les progrès du mal ; mais l'écart est insignifiant ; à la phase intermédiaire la proportion n'est inférieure à celle de l'initiale que de 0,20 %, autant dire qu'il n'y a pas de différence ; à la phase ultime, la diminution est un peu plus accusée, mais elle est encore très faible avec la seconde période, elle est de 5,55 %. Les affaiblissements ne varient donc guère avec les progrès de l'affection et même pas du tout de la première période à la seconde. Il n'en est plus ainsi de l'abolition qui l'emporte à la phase intermédiaire sur l'initiale de 19.11 % et à l'ultime sur celle-ci de 28.49 0/0. C'est bien donc l'abolition qui caractérise les diverses phases. Quant à l'altération en plus, ou exagération, nous savons qu'elle ne s'est montrée qu'à la première période, et dans la faible proportion de 6.39 %.

Restent, pour terminer, les altérations unilatérales que présentèrent à la phases initiale 15 paralytiques et 9 à la seconde ; plus à celle-ci les 3 avec altérations différentes aux deux yeux. Le dernier tableau qui suit nous fixera sur ce point.

	1re période			2e période			3e période		
			%			%			%
Un œil affaibli...	12	soit	8.52	7	soit	7.77	»	soit	»
— aboli.....	3	»	2.13	2	»	2.22	»	»	»
— exagéré...	»	»	»	»	»	»	»	»	»
— affaibli et l'autre aboli....	»	»	»	3	»	3.33	»	»	»
Un œil exagéré et l'autre altéré en moins.........	»	»	»	»	»	»	»	»	»

A en juger par ce tableau, si, ainsi que nous l'avons établi plus haut très nettement et sans conteste possible, les anormalités unilatérales aux trois périodes diminuent en nombre et en persistance avec les progrès de la para-

lysie générale, ceux-ci n'exerceraient pas d'influence bien notable sur le degré d'intensité de l'altération. En effet, les écarts proportionnels que nous avons soit pour l'affaiblissement soit pour l'abolition sont insignifiants et sans aucune signification. Le fait intéressant à relever est qu'il résulte de nos tableaux qu'à la phase ultime, les altérations sont toujours en moins et identiques aux deux yeux.

Les résultats que nous avons obtenus en suivant de près nos 140 paralytiques depuis l'éclosion de la paralysie générale jusqu'à sa terminaison par la mort se résument dans les conclusions suivantes :

I. En embrassant tous les cas, ceux à évolution complète et ceux à évolution incomplète, nous avons trouvé que l'anormalité l'emporte sur la normalité dans les trois quarts d'entre eux, mais que celle-ci constante, c'est-à-dire persistant sans discontinuer durant toute la maladie, est un peu plus fréquente que celle-là; toutefois le fait de beaucoup le plus nombreux fut l'alternative, l'alternance des deux états. Puis dans l'immense majorité des cas les deux yeux sont anormaux ; l'anormalité unilatérale non seulement est rare mais encore, plus de deux fois, près de trois fois plus souvent momentanée que constante. Enfin plus rarement encore, exceptionnellement, les anormalités sont différentes aux deux yeux ; et elles ne furent toujours que momentanées, jamais nous ne les vîmes persister.

II. En considérant les seuls paralytiques à évolution complète, ceux qui sont morts à la troisième période dans le marasme ultime, tous les résultats précédents sont confirmés, mais en plus un fait important est établi; il n'y a pas un seul d'entre eux qui ait présenté une normalité constante du début à la terminaison de l'affection: par conséquent on est autorisé à poser en loi que l'anormalité existe toujours à un moment ou à un autre de l'évolution complète de la paralysie générale.

III. En embrassant comme dans la première conclusion tous les cas, l'altération en plus, ou exagération, est exceptionnelle, puisque les deux altérations en moins, affaiblissement et abolition, sont 18 fois plus fréquentes.

En outre, jamais l'exagération ne fut observée comme seul trouble au cours de l'affection, sa durée a toujours été passagère; elle fut toujours précédée ou suivie par l'affaiblissement, et deux fois plus souvent par les deux troubles en moins. Les deux degrés de l'altération en moins ont été en fréquence à peu près égale. Ce qui explique cette égalité, c'est que l'abolition, ne s'établit jamais d'emblée, elle est toujours précédée d'un affaiblissement dont la durée est d'autant plus courte que la paralysie générale est à une période plus avancée. Les alternatives d'affaiblissement et d'abolition par la raison que je viens de donner, sont d'une fréquence excessive, double de la somme des deux altérations en moins comme seuls troubles. Quant à celles unilatérales, ce n'est jamais l'exagération, mais aussi souvent l'affaiblissement que l'abolition. Ce sont ces deux que nous avons constatées également dans nos 3 cas à lésions différentes, jamais nous n'avons rencontré l'altération en plus à un œil, et l'altération en moins à l'autre.

IV. L'anormalité constante augmente de la première à la seconde période, et de celle-ci à la troisième. La normalité constante diminue au contraire avec les progrès du mal ; toutefois nous l'avons exceptionnellement constatée à la phase ultime, contrairement à l'opinion générale. L'anormalité est très précoce, car déjà elle existe dans plus de la moitié des cas à la phase initiale. Les alternatives des deux états sont d'une fréquence égale aux deux premières périodes, mais trois fois plus rares à la dernière où l'anormalité constante est le fait dominant. Les anormalités unilatérales de la phase initiale persistent parfois à l'intermédiaire, néanmoins elles diminuent en fréquence et en persistance avec les progrès de la paralysie générale pour disparaître complètement à la troisième période. Seulement, à la seconde, nous avons vu des anormalités différentes aux deux yeux.

V. L'exagération ne s'est produite qu'à la première période et a été deux fois plus souvent l'unique trouble qu'associée à l'affaiblissement. Les affaiblissements et les alternatives des deux altérations en moins ont été de fréquence à peu de chose près égale aux trois phases ; l'abolition constante, au contraire, a été en augmentant

dans une forte proportion avec les progrès de la paralysie générale qui n'ont exercé aucune influence sur l'intensité des altérations unilatérales. Enfin un dernier fait intéressant à signaler : Il n'est pas vrai que l'abolition soit constante dans tous les cas à la phase ultime. La vérité est que, seule, l'exagération manque et qu'on y rencontre les deux altérations en moins, mais toujours identiques aux deux yeux, et même la normalité, et qui plus est, à titre exceptionnel, la normalité constante durant toute la période.

CHIRURGIE DES ALIÉNÉS

Des corps étrangers de l'œsophage chez les aliénés ;

Par le Dr PRIVAT de FORTUNIÉ.
Médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

Les corps étrangers des diverses cavités de l'organisme sont fréquents chez les aliénés. Les troubles de l'intelligence s'ajoutant aux vices naturels de certains malades concourent à rendre cette éventualité fréquente. En particulier, ces malades ont une grande tendance, soit par aberration mentale, soit dans un but de suicide, à avaler toutes sortes d'objets, et le musée du pavillon de chirurgie contient une série intéressante de corps étrangers les plus divers. L'œsophage se présente comme la première étape qu'auront à franchir ces corps étrangers : parfois ils vont plus loin. M. Picqué a publié (2e volume, p. 100) un cas de perforation de l'estomac par une aiguille. Au musée, existe une collection de cailloux, recueillis par MM. Vigouroux et Charpentier dans l'intestin d'un malade. A la vérité, ils s'arrêtent souvent dans l'œsophage ; c'est spécialement les corps étrangers de l'œsophage que nous avons en vue dans cette courte étude. Un fait à noter, c'est que la pénétration des corps étrangers

dans ce conduit ne relève pas toujours directement des troubles de l'intelligence.

On peut à ce point de vue distinguer deux catégories de malades donnant lieu chacune à des considérations cliniques et thérapeutiques particulières : D'une part, on peut ranger les malades qui avalent des corps étrangers sous l'influence directe de leur état mental (délire, hallucinations, folie morale, affaiblissement intellectuel, excitation cérébrale, etc.). D'autre part se placent les malades qui comme les sujets normaux avalent accidentellement des corps étrangers. Nous verrons tout à l'heure quelle différence existe entre les deux groupes au point de vue de la mentalité.

Chez les malades de la première catégorie, l'éventualité de pénétration d'un corps étranger est difficile à prévoir. Ne connaît-on pas, d'une façon générale, la soudaineté d'apparition et la longue persistance des idées de suicide chez certains malades ? Dans le cas particulier, malgré une surveillance bien exercée, n'est-il pas encore plus difficile d'en empêcher la réalisation ? Si on peut supprimer dans un service tout lien, tout objet capable de servir comme arme, il est presque impossible, à moins de réduire le malade à une contrainte absolue, de ne laisser à sa disposition aucun objet susceptible d'être avalé. Aussi est-il à peine besoin de rappeler l'extrême variété de corps étrangers introduits dans de pareilles conditions. Leur nombre est également parfois très élevé. Un maniaque dont parle Hévin avalait des clous, des morceaux de bois, des cailloux, des lames de couteau qu'il brisait entre les dents ; ce malade succomba et à l'autopsie on trouva dans l'aine droite, au niveau de l'origine du côlon, une collection de pus avec un fragment de lame de couteau. M. Marie vient de publier à la Société de médecine le cas curieux d'un malade qui avala des aiguilles qu'on retrouva à l'autopsie fixées dans l'articulation coxo-fémorale. Il est à noter cependant la bénignité relative de certains corps étrangers qui au premier abord paraissent très dangereux. Le cas de M. Marie en est une preuve. Une malade observée à l'asile de Vaucluse avala au cours d'une période de mélancolie anxieuse et à l'insu du personnel une de ces lon-

gues épingles à fichu terminée par une extrémité volumineuse. Cette tige engagée au niveau de l'orifice pharyngien pénétra d'arrière en avant dans les parties molles du cou, la tête de l'épingle demeurant retenue dans la lumière de l'œsophage. La gêne occasionnée par la présence de ce corps étranger détermina la malade à exercer à travers les parties molles des manœuvres d'arrachement qui amenèrent la rupture de l'épingle près de son extrémité renflée. Celle-ci retomba dans l'œsophage et fut sans doute éliminée la première parmi les selles où elle passa inaperçue. Quant à l'extrémité effilée, elle vint faire saillie au-dessous du cartilage thyroïde et une petite incision pratiquée en cet endroit nous permit d'extraire le fragment long de 5 centimètres.— On voit d'autre part des pièces de monnaie traverser parfois tout le tube digestif alors que dans d'autres occasions elles déterminent des ulcérations suivies de perforation de l'œsophage. Dernièrement, un malade de l'asile de Villejuif avalait dans l'après-midi du dimanche une pièce de 10 centimes qu'il rendit en allant à la selle le mardi suivant sans en avoir été incommodé. Le même malade, hanté depuis longtemps et d'une façon quasi-permanente par des idées de suicide, raconte avoir avalé auparavant une pièce de 1 franc et une autre pièce de 10 centimes qui ont été vraisemblablement éliminées de la même façon.

Si l'on a vu se produire dans certains cas, l'expulsion spontanée de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, il n'est pas douteux néanmoins que le séjour de ces corps étrangers expose le malade a de graves accidents. De nombreuses observations de cas mortels s'opposent à un petit nombre de faits heureux. Cependant depuis quelques années, grâce à la pratique de l'œsophagotomie, le danger a beaucoup diminué, l'extraction étant devenue applicable à tous les cas. D'autre part, grâce aux moyens d'exploration dont on dispose aujourd'hui, à la radioscopie en particulier, le diagnostic de la nature et du siège des corps étrangers dans l'œsophage est devenu très facile. Ces résultats méritent d'attirer l'attention des médecins aliénistes. Les deux observations suivantes, empruntées à la pratique

de notre maître le Dr Picqué, concernent des malades des asiles : elles montrent à la fois l'excellent résultat obtenu par une intervention précoce et l'utilité de recourir pour le diagnostic à l'examen radioscopique, l'examen direct par la palpation et à l'aide de sondes pouvant donner des résultats erronés.

Observation I. — Mme G..., âgée de quarante-deux ans, est placée à l'asile Sainte-Anne pour dégénérescence mentale avec hallucinations, idées mélancoliques et de persécution, tendance au suicide par intervalle. Cette malade raconte, un matin, qu'elle a avalé par mégarde son dentier, mais l'entourage de la malade est sceptique sur la réalité de cet accident qui ne se traduit par aucun trouble objectif. Cependant, le jour même, Mme G..., est envoyée au pavillon de chirurgie, dans le service de M. le Dr Picqué, où elle fut examinée par le Dr Toubert. Cette malade est tout à fait calme, nullement angoissée, sans troubles respiratoires ; elle déglutit facilement sa salive, accusant simplement une douleur qu'elle localise autour de l'os hyoïde. La palpation attentive et minutieuse du cou, ne donne ni à droite ni à gauche, la sensation d'un corps étranger inclus dans l'œsophage : il est vrai que le cou de la malade est assez court ; le corps thyroïde assez volumineux et que les veines sont turgescentes (1).

Sans s'attarder à l'exploration par les voies naturelles, M. Picqué, mettant à profit l'installation radiographique du pavillon de chirurgie, fait procéder à l'examen extemporané aux rayons Röntgen par M. Dagonet. La radioscopie montre avec une netteté remarquable le dentier placé verticalement, sa convexité regardant à droite, son bord inférieur effleurant la fourchette sternale M. Trubert intervient immédiatement sous chloroforme, et après avoir incisé l'œsophage sur son bord gauche, repéré par la saillie du corps étranger, essaye de l'extraire avec une pince, mais le dentier ne sort pas. Il est fixé dans la muqueuse par un crochet pointu qui forme hameçon par sa concavité dirigée en haut. Un débridement de la muqueuse le long de ce crochet, permet la libération et l'extraction du dentier. Une sonde est introduite dans le bout inférieur de l'œsophage aux parois duquel elle est fixée par un crin. L'incision cutanée est réduite par un point de suture à chaque bout. La sonde est retirée au bout de quelques heures et l'alimentation n'a pas tardé à se faire complètement par les voies naturelles. Les suites opératoires sont normales, sans élévation de température.

(1) Cette observation a été communiquée par M. Toubert à la Société de chirurgie (séance du 15 décembre 1903).

Observation II. — B..., Joséphine, placée à l'asile Ville-Evrard, est atteinte de délire mélancolique avec hallucinations multiples ; elle présente, en outre, divers symptômes qui font craindre la paralysie générale. Un jour, cette malade tente de se suicider en avalant un caillou assez volumineux et anguleux. Comme le corps étranger a de la difficulté à franchir le pharynx, elle le pousse plus avant à l'aide des doigts. Des vomissements sont les seuls phénomènes occasionnés par sa présence et c'est seulement au bout de six à sept heures que la malade songe à avertir le personnel de la cause de ses vomissements. Des tentatives d'extraction et de refoulement sont faites aussitôt, mais sans amener de résultat. Le lendemain, la malade est amenée au pavillon de chirurgie où elle est examinée par M. le Dr Picqué qui a recours au chloroforme, l'examen sur la malade éveillée étant impossible. Néanmoins, la palpation du cou est négative. La sonde rigide s'enfonce à 21 centimètres de sorte que M. Picqué estime que le corps étranger est éloigné de la portion thoracique. M. Picqué se décide à pratiquer la gastrotomie. Au troisième jour, la malade rend une pierre dans un effort de toux. Les suites opératoires sont très simples.

La conclusion à tirer de ces faits et d'autres cas analogues publiés par divers auteurs est la suivante : lorsqu'on est mis au courant de la pénétration d'un corps étranger dans l'œsophage, quelle que soit l'intensité des symptômes fonctionnels, il faut s'assurer aussitôt de la présence et du siège du corps étranger. Pour cela, le procédé de choix est évidemment la radioscopie qui donne tout de suite des renseignements précis sur la nature, le volume et la position du corps étranger. La palpation du cou ne permet d'explorer qu'une partie de l'œsophage et même pour cette région les renseignements qu'elle donne sont nuls ou manquent de précision. Il en est de même de l'exploration avec la sonde qui peut glisser soit en avant, soit en arrière du corps étranger et faire croire, comme nous l'avons vu dans l'une de nos observations, que le corps étranger est descendu dans l'estomac. Quant à l'extraction du corps étranger, elle doit être tentée par les voies naturelles lorsque celui-ci n'a pas pénétré profondément dans l'œsophage et qu'il est facilement saisissable. On ne s'attardera pas cependant à ces manœuvres souvent inefficaces et parfois dangereuses à cause des aspérités du corps étranger qui peuvent dans une tentative d'extraction amener des déchirures de la

muqueuse. M. Sébileau vient de rapporter à la Société de chirurgie (séance du 14 septembre 1904) le récit d'une tentative malheureuse d'extraction par le panier de de Graefe. Si on éprouve de la difficulé, on n'hésitera pas de recourir à l'œsophagotomie qui a déjà donné de brillants résultats. C'est ainsi que la pratique chirurgicale devient indispensable dans les asiles d'aliénés (1).

La deuxième catégorie de malades dont nous avons à nous occuper intéresse plus directement le médecin aliéniste. Ici, l'accident survient dans des conditions bien déterminées et chez des malades spéciaux. Quelquefois il s'agit d'un objet quelconque que le malade maintient dans la bouche et qu'il avale par inadvertance. L'accident peut également se produire pendant le sommeil ; c'est une pièce de prothèse dentaire qui se détache et glisse dans l'œsophage. Duncan rapporte une observation de ce genre : le malade, qui avait avalé pendant la nuit des dents artificielles, mourut quelques jours après d'une hématémèse foudroyante causée par une perforation de l'œsophage conduisant dans l'aorte.

Mais le plus souvent c'est à l'occasion de l'alimentation que le corps étranger s'engage dans l'œsophage. Nevot, traitant des corps étrangers de ce conduit, sans se préoccuper des aliénés, signale que l'alimentation est l'occasion la plus fréquente de pénétration et que le plus souvent (23 fois sur 35 cas de l'auteur) il s'agit de fragments d'os ou d'arêtes. Les soldats, ajoute l'auteur, y sont plus exposés parce qu'ils prennent leur nourriture à la hâte et mangent gloutonnement. Les mêmes constatations se vérifient chez les aliénés. Ce sont les malades dont l'alimentation est défectueuse qui sont le plus exposés à cet accident. Parmi ces malades figurent les épileptiques, les déments et les idiots.

L'aliéné paralytique, a-t-on dit, ne sait pas manger. Il prend ses aliments avec voracité, les mâche incomplètement et avale des bols volumineux. Aussi voit-on chez ce dernier des croûtes de pain, des morceaux de chair, de

(1) Une discussion très intéressante vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie relativement à l'extraction des pièces de monnaie arrêtées dans l'œsophage.

fruit ou de gâteau faire l'office de véritables corps étrangers. Il n'est pas rare non plus de voir se produire une fausse route du bol alimentaire, ce qui est d'autant plus facile à réaliser qu'il existe chez les paralytiques généraux une sorte d'ataxie des muscles du pharynx. A plus forte raison, s'il se trouve mêlé aux aliments quelques fragments d'os, toutes les conditions se trouvent réunies pour déterminer l'arrêt et la fixation du corps étranger. Les mêmes remarques s'appliquent aux idiots et aux déments épileptiques. Les uns et les autres mastiquent mal et avalent gloutonnement. Parmi les épileptiques non déments, ceux qui ont l'habitude de conserver des corps étrangers dans la bouche peuvent également les avaler au moment d'une crise. D'ailleurs, il existe chez les épileptiques, presque à l'état permanent, un état spasmodique des muscles de la bouche et du pharynx qui facilite la pénétration des corps étrangers.

Comme il s'agit le plus souvent de corps étrangers alimentaires, c'est-à-dire de volume en général restreint, il ne faudrait pas croire que ces derniers offrent moins de danger que les corps plus gros avalés par les malades de la première catégorie. Sans doute des corps étrangers de petit et même de moyen volume arrivent à franchir rapidement l'orifice supérieur de l'œsophage sous la poussée des muscles pharyngiens qui se contractent au moment de la déglutition. Ce rétrécissement dépassé, la progression devient plus lente dans l'œsophage et tel fragment d'os se fixe souvent non parce qu'il se trouve à l'étroit dans la lumière du conduit, mais parce qu'il présente des pointes et des aspérités par lesquelles il s'accroche à la muqueuse. Le rétrécissement œsophagien correspondant au croisement de l'aorte et celui qui siège au niveau du cardia deviennent de nouveaux points d'arrêt pour les corps étrangers. Ceux-ci s'implantant dans la paroi œsophagienne par leur extrémité effilée et pointue peuvent rester fixés en cet endroit sans gêner en aucune façon le passage du bol alimentaire. La fixation du corps étranger peut avoir comme grave conséquence l'ulcération de la paroi et la perforation des gros vaisseaux avec lesquels l'œsophage se trouve en rapport. Sur 35 cas de perforation rapportés par Nevot, 29 fois il s'agissait de

corps étrangers fixés dans la portion thoracique et 19 fois la perforation a porté sur l'aorte. L'auteur insiste sur ce fait que la perforation est surtout produite par des corps petits et aigus, le danger de ces derniers consistant moins, dit-il, dans leur volume que dans leur forme effilée et tranchante. La perforation vasculaire se produit ordinairement au bout de six à sept jours et se traduit soit par une hématémèse foudroyante, soit par des hématémèses intermittentes plus difficiles à expliquer. C'est à un accident de ce genre que succomba l'un des malades dont M. Bourneville a rapporté l'observation dans le *Progrès médical* du 29 juin 1901. Ce malade, atteint d'idiotie complète, mourut en moins de quarante-huit heures après avoir présenté plusieurs hématémèses abondantes. L'autopsie révéla la présence d'une esquille osseuse qui avait déterminé trois perforations de l'œsophage : 1° l'une siégeant à 3 centimètres 1/2 au-dessus de la bifurcation des bronches ; 2° une deuxième à un centimètre au-dessous de la précédente et plus à droite ; 3° une troisième, également au-dessous de la première, mais plus à gauche et répondant à l'origine de la bronche gauche.

Les corps étrangers alimentaires n'ont pas toujours un volume aussi restreint et il n'est même pas rare d'en rencontrer de dimensions plus grandes. Ils ne peuvent dès lors franchir l'orifice supérieur de l'œsophage et se trouvent arrêtés par le rétrécissement pharyngien. En cet endroit leur présence est moins à craindre au point de vue d'une perforation vasculaire, bien qu'on ait rapporté des cas d'ouverture des artères carotides et thyroïdiennes. La production de suppurations péri-œsophagiennes constitue le principal danger en pareil cas. Cette complication ne manque pas d'être fort grave à cause des fusées purulentes qui peuvent envahir les principaux organes voisins. Des deux cas publiés par M. Bourneville, le premier concerne un malade dément épileptique qui mourut dans de semblables conditions. A l'autopsie, on trouva un os de forme prismatique et triangulaire placé en arrière du chaton cricoïdien, son grand axe dirigé obliquement. La présence de cet os avait déterminé la perforation de l'œsophage et la formation d'un abcès intra-pharyngien.

Dans l'un et l'autre cas, chez les malades de M. Bour-

neville, le diagnostic causal des accidents ne put être fait qu'à l'autopsie. Cette difficulté, dont il faut avoir l'esprit prévenu, est particulière aux cas dont nous nous occupons. Tout d'abord, nous avons vu que lorsque le corps étranger est de petit volume, il peut ne gêner en rien le passage du bol alimentaire. En raison de son siège au-dessous du rétrécissement supérieur de l'œsophage, les grands symptômes dyspnéiques que l'on signale, lorsque le corps étranger de gros volume obstrue le pharynx, font défaut. Un autre élément qui rend compte de cette tolérance vis-à-vis du corps étranger est la diminution de la sensibilité réflexe du pharynx jointe à la diminution de la sensibilité générale. Enfin, à cette absence de signes cliniques s'ajoute, pour augmenter la difficulté du diagnostic, l'absence de renseignements. Les sujets déments ou idiots, en raison de leur affaiblissement intellectuel ou de leur difficulté à s'exprimer, se trouvent le plus souvent dans l'impossibilité de fournir au médecin des renseignements précis sur la cause des accidents. Toutes ces circonstances rendent particulièrement dangereuse la présence de corps étrangers chez les malades en question et obligent le clinicien à prendre des mesures prophylactiques qui, dans l'espèce, sont de la plus grande importance. Il y a longtemps déjà que Voisin insistait sur l'utilité de ne donner aux paralytiques généraux que des aliments mous et très divisés. De son côté, M. Bourneville a adressé des demandes réitérées afin d'obtenir pour les enfants idiots les plus malades des aliments choisis en raison de leur état de santé. A l'égard de ces divers sujets, un examen très minutieux des aliments donnés et une surveillance très attentive pendant les repas sont nécessaires. On veillera à ce que les malades n'avalent pas de trop grosses bouchées et à ce que les aliments soient eux-mêmes très divisés et entièrement débarrassés de toute partie osseuse. La même observation s'applique aux aliments apportés par les familles, qui, malgré leur affection, ne font pas toujours preuve d'un choix judicieux et approprié à l'état des malades. Bien souvent, les parents ont en outre la fâcheuse habitude de trop faire manger leur malade et, c'est là un des moindres inconvénients, de leur apporter des aliments

indigestes. Il convient aussi de ne pas laisser aux sujets eux-mêmes des pièces de prothèse dentaire, véritables corps étrangers de la bouche susceptibles de se détacher à un moment donné et d'être avalés. En définitive, si l'on songe à la multiplicité d'accidents qui peuvent résulter d'une alimentation défectueuse, on est presque tenté de dire que le soin de l'alimentation chez les malades déments doit être une préoccupation de même importance que la surveillance du gâtisme.

Greffe thyroïdienne.

Dans les réflexions dont nous avons fait suivre l'analyse de la note de MM. Gauthier et Rummer, présentée par M. Lannelongue à l'Académie de médecine (n° de mai, p. 303), il s'est glissé une faute typographique qu'il importe de rectifier : page 304, ligne 9, le mot *injection* doit être remplacé par le mot INGESTION. Au début de nos essais thérapeutiques, nous avons employé en injections sous-cutanées (puis en julep) une solution que notre ami le professeur Chantemesse avait bien voulu préparer pour nous. Les résultats avaient été insignifiants. Depuis bien des années nous avons recours, dans notre service de Bicêtre et à l'Institut médico-pédagogique, à *l'ingestion stomacale de la glande fraiche du mouton*, avec des succès remarquables, que nous avons consignés dans de nombreuses publications, concurremment, en ville, avec les capsules, les tablettes, les sphéruloïdes, etc., (1).

BOURNEVILLE.

(1) La plus grande partie de ces travaux ont été reproduits dans les Comptes-rendus de Bicêtre (1880-1905) et dans la thèse du Dr Boulanger, *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance*, 1896.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XCIV. — **Contribution à la connaissance de l'encéphale et, en particulier, des voies corticom-otrices de la chauve-souris** ; par L. MARZBACHER et W. SPIELMEYER. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)

Le trajet ascendant du faisceau pyramidal de la vesperugo noctula est celui qu'a décrit Dræseker (*Anatom. Anzeiger*, XXIII, 1903). Appliqués à la base contre le corps trapézoïde, où les faisceaux se touchent jusque sur la ligne médiane, les trousseaux montent et, se portant obliquement à travers les fibres protubérantielles, ils commencent à diverger, de sorte que, sur le bord antérieur de la protubérance, ils sont séparés par le ganglion interpédonculaire, d'ailleurs très puissamment développé. Par le pédoncule cérébral, grêle, ils arrivent dans la circonvolution sigmoïde de l'écorce, en traversant les ganglions de la base, prenant contact avec les fibres du tractus strio-thalamique, et se confondant, entre le psaltérium et la commissure antérieure, avec la couronne rayonnante faiblement développée de l'hémisphère cérébral.

En ce qui concerne son trajet descendant, la décussation a lieu à la hauteur du genou du facial, mais les fibres semblent déjà épuisées vers le noyau très volumineux de ce nerf, de sorte qu'au dessous du facial on ne trouve plus rien qui puisse être tenu pour le faisceau pyramidal. Sans doute les coupes inférieures du bulbe montrent des fibres entrecroisées placées en avant, mais il est impossible de décider s'il s'agit de fibres du faisceau pyramidal. C'est un entrelacement qui se prolonge de haut en bas, auquel participent des fibres de provenances diverses ; on y trouve jusqu'à des émanations de la racine spinale du trijumeau : il semble qu'on ait sous les yeux une sorte de raphé ou de commissure antérieure. Ou bien il n'existe qu'une voie cortico-bullaire, et, en particulier, cortico-faciale, ou bien il y a, en sus de la voie cortico-bulbaire, caractérisée par sa position en avant du corps trapézoïde, un système de fibres cortico-spinal dont la topographie est peu nette, et qui est mélangé à d'autres systèmes.

P. KERAVAL.

XCV. — **De l'influence de l'écorce et des portions centrales du cerveau sur le cœur et le système vasomoteur du chien nouveau-né** ; par E. E. GARTIE. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

Pendant le premier mois de la vie, l'écorce n'agit pas sur le sys-

tème cardio-vasculaire ; elle n'agit qu'au commencement du second mois. En revanche, l'excitation électrique de la partie externe du segment antérieur de la circonvolution sigmoïde et des régions voisines augmente, chez les chiens de deux semaines, les mouvements respiratoires ; c'est donc un centre respiratoire qui se développe dans l'écorce avant les centres vasomoteurs. — A partir du second mois, l'excitation de l'écorce produit sur le système cardiovasculaire les mêmes effets que chez le chien adulte, mais ces effets sont plus faibles, et l'excitabilité de l'écorce se limite, avant l'âge de 3 mois, à la circonvolution sigmoïde seule. — Le pouls dit du nerf vague ne se manifeste que lorsqu'on excite l'écorce des chiens de moins de trois mois ; il s'agit, il est vrai, dans l'espèce,de chiens non curarisés. A partir du 3e mois, l'excitation de la couche optique et du noyau caudé produit des phénomènes cardiovasculaires et respiratoires ; les dernières recherches expliquent les effets du noyau coudé par la fusée du courant de la couche optique à ce noyau. Quand on excite les tubercules quadrijumeaux, on obtient, chez les chiens de deux semaines, des modifications de la respiration et du système cardiovasculaires. Si les recherches sur les chiens adultes ont prouvé l'existence dans le tubercule quadrijumeau postérieur d'un centre de la respiration et de la phonation, le rôle des tubercules quadrijumeaux dans la genèse des phénomènes vasomoteurs est assez controversé ; il est très probable que le courant diffuse dans le bulbe (Joukowski, Invanow),et excite le centre vasomoteur et inhibitoire du cœur.

Les préparations microscopiques par les méthodes de Nissl et Weigert montrent chez le chien de deux semaines la pleine différenciation de couches isolées de cellules ; les cellules pyramidales sont bien développées. Donc, à cet âge, la couche corticale de la région sigmoïde possède ses éléments fondamentaux ; par contre, les fibres corticales à myéline y sont en très petit nombre. A la fin du premier mois, le nombre de fibres myéliniques s'est notablement accru ; dans le courant du second mois, elles sont plus ou moins complètement développées à la région sigmoïde ; il en est, à cette époque, de même,des fibres myéliniques de la couche optique dont l'aspect est celui des animaux plus âgés. Bary a montré que chez beauconp de chiens l'excitation de l'écorce provoque des mouvements francs nettement déterminés.

L'excitation de l'écorce se traduirait donc, avant tout, par du mouvement, puis par des phénomènes respiratoires, enfin, à la période de développement plus ou moins complet de la région sigmoïde, par des phénomènes cardiovasculaires. Quoique, chez le chien de deux semaines, la construction de l'écorce de cette région soit assez avancée,son excitabilité est encore minime ; celle-ci augmente proportionnellement au développement des fibres myéliniques. Il est donc fort probable que l'excitabilité de l'é-

corce dépend surtout du développement des fibres correspondantes.

Chez l'enfant, l'écorce se développe principalement dans le cours des 3 à 4 premiers mois ; il y a lieu de supposer que les actions psychoréflexes sur le système cardiovasculaire ne s'observent pas chez lui avant l'âge de 3 mois. P. KERAVAL.

XCVI. — **Contribution à la connaissance des mouvements de l'iris** ; par BUMKE. (*Centralblatt. f. Nervenheilkunde*, XXVI. N. F. XIV, 1903, nos 162 à 166 et XXVII. N. F. XV, 1904, no 169.)

L'auteur s'occupe successivement du réflexe lumineux galvanique, de sa méthode d'examen personnelle, de l'état des mouvements de l'iris en rapport avec les processus nerveux et psychique des aliénés, du réflexe cortico-cérébral de la pupille, enfin du phénomène de l'orbiculaire.

Il existe, pour lui, une intime relation entre l'effet optique et l'effet pupillomoteur de l'*excitant galvanique*, de même que, sous l'influence de l'excitant lumineux naturel, l'effet sensoriel, la sensation lumineuse de la clarté précède l'effet moteur. Ce mouvement irien est-il l'analogue du réflexe à la lumière de la pupille ? Cette explication paraît la plus naturelle, car la contraction pupillaire observée est déterminée par une excitation qui possède les mêmes qualités que celle qui a un effet optique, c'est-à-dire par la fermeture à l'anode de courants faibles ; son entrée en scène est provoquée et entravée par les mêmes conditions que celles qui y président à la sensation lumineuse. Prolonge-t-on la fermeture à l'anode, la rétine perd de sa sensibilité ; elle se fatigue comme lorsqu'elle est soumise à un éclairage intense, et, en même temps, sa sensibilité réflexe s'épuise ; c'est l'inverse pour la fermeture à la cathode qui correspond à l'effet réparateur de l'obscurité.

La dimension de l'orifice pupillaire obéit à l'organe psychique et au système nerveux. Chez les gens bien portants, sauf peut-être quand le sommeil est profond, le bord irien n'est jamais en repos ; on y constate des oscillations permanentes extrêmement fines, très variables d'ailleurs suivant les individus. Dans les *psychoses fonctionnelles*, cette *instabilité pupillaire* ne dépasse pas chez les agités celle des malades calmes ou déprimés ; elle n'est non plus jamais absente.

Dans la *démence précoce catatonique* (15 malades), la mydriase est insignifiante ; le bord pupillaire demeure immobile sous l'influence de la douleur, de l'activité musculaire, de l'effort mental, mais il se contracte sous l'influence de l'agent lumineux ; cette contraction paraît précipitée et fugitive. Le rétrécissement de la pupille sous l'influence de l'accommodation semble évoluer sans trouble. Quant à la réaction de la pupille à

la fermeture palpébrale, elle se constate dans les conditions habituelles et n'est pas augmentée par la cocaïne : la sensibilité de ces pupilles à l'égard de la cocaïne paraît diminuée ; tandis que l'homatropine augmente considérablement la mydriase, la pilocarpine produit un fort myosis. Les mêmes constatations ont été relevées sur deux jeunes filles *imbéciles* de 19 et 24 ans.

Des recherches faites sur des malades et des personnes saines d'esprit, parmi lesquelles des médecins, M. Bumke conclut, en ce qui concerne le *réflexe pupillaire corticcoérébral* : 1° La dimension des pupilles n'est pas influencée par la dérivation de l'attention sur un objet éclairci placé à la périphérie de l'œil, quand l'accommodation et la clarté du milieu demeurent sans changement ; 2° Toute représentation mentale d'une certaine intensité, quel qu'en soit le sujet, par suite aussi celle d'une source lumineuse, produit, à l'égal de tout processus psychique actif, une dilatation des pupilles.

Enfin M. Bumke enregistre qu'il se produit du myosis quand la paupière se ferme volontairement, quand le sujet veut, sans y réussir à cause d'un obstacle mécanique, fermer la paupière et quand la paupière se ferme par action réflexe. La pupille se dilate quand il y a excitation quelconque du trijumeau, pourvu qu'il ne se produise pas simultanément la réaction à la fermeture palpébrale, car alors celle-ci se superpose à la mydriase, qu'elle modifie ou interrompt. En somme, le *phénomène de Westphal-Piltz* serait un symptôme normal qui surviendrait à l'occasion de la volonté de fermer les paupières réussie, ou infructueuse à cause d'un obstacle mécanique, ainsi qu'à l'occasion de la fermeture palpébrale réflexe émanée du nerf optique ou du trijumeau. La contraction des pupilles qui survient en l'espèce est généralement surchargée du réflexe lumineux et simultanément entravée par toute dilatation pupillaire d'origine sensible. On réussit donc à faire apparaître la réaction à la fermeture des paupières chez n'importe qui, d'abord en fatiguant la rétine par un éclairage intensif prolongé, puis en cocaïnisant légèrement la cornée et la conjonctive. C'est un mouvement associé qui ne possède pas de valeur diagnostique, il est important en ce sens qu'il constitue une source d'erreurs quand on observe d'autres mouvements pupillaires.

P. KERAVAL.

XCVII. — **Perte du sens musculaire aux doigts des deux mains avec intégrité de la sensibilité de la main et de l'avant-bras** ; par BOUCHARD. (*Revue de médecine*, novembre 1903-1904.)

Très importante étude du sens musculaire, nous ne pouvons que renvoyer au mémoire original ce travail surtout critique ne se prêtant pas à l'analyse.

L. WAHL.

XCVIII.— **Essai sur la physiologie pathologique du mouvement : disparition des mouvements dans la chorée chronique** ; par Vaschide et Vurpas. (*Rev. de méd.*, septembre 1904.)

Ce n'est pas hier qu'a été formulé par Hippocrate l'axiôme : « *Febris accedens spasmos solvit* ». Le cas de MM. Vaschide et Vurpas en est une nouvelle confirmation. Une malade atteinte de chorée chronique est prise de grippe avec pleurésie séro-fibrineuse droite et meurt après trois jours de maladie pendant lesquels les mouvements choréiformes ont disparu. A l'autopsie, on constate du liquide sous dure-mérien, sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire en excès ; la substance nerveuse est molle, il existe des lésions inflammatoires à tous les niveaux de la substance blanche médullaire sans dégénérescence. Pour les auteurs, la chorée serait une affection inflammatoire chronique qui au premier degré détermine des mouvements désordonnés et au second de la parésie. L. Wahl.

XCIX.— **Un cas de syringomyélie et de syringobulbie. Dégénération du ruban de Reil** ; par Kinner Wilsson (d'Edimbourg). (*Rev. de méd.*, 14 mai 1904.)

Observation d'un malade du service de Pierre Marie, très courte au point de vue clinique mais dont l'anatomie pathologique a été étudiée avec le plus grand soin aux différents étages de l'axe cérébro-spinal. Cavité bulbaire irrégulière, sans aucun revêtement évident, comprise entre les deux pyramides, les olives inférieures, la couche interolivaire et la substance articulée grise ; dans leur partie antérieure : les fibres arciformes externes et antérieures, les noyaux arciformes, les noyaux rétro-pyramidaux et juxta-olivaires, le ruban de Reil gauche qui est dégénéré et les nerfs hypoglosses. En même temps, on rencontre les lésions classiques de la syringomyélie médullaire. L. Wahl.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

LXXVII.— **Accidents syphilitiques pendant le tabes** ; par Dalous. (*Rev. de méd.*, janvier 1904.)

L'auteur rapporte des observations personnelles d'accidents spécifiques observés sur des tabétiques ; il résume ensuite le cas qu'il a pu rencontrer dans la littérature médicale. Il résulte de ces faits que le tabes débute de 4 à 19 ans, après l'infection

syphilitique et que les syphilides présentent la même irrégularité dans leur apparition. Près de la moitié des malades observés ignorent leur syphilis. L'auteur rappelle que le professeur Fournier a montré que le traitement spécifique est très actif dans les cas de tabes récent et il conclut de la façon suivante : la rareté des cas de coexistence des syphilides en activité pendant le tabes risqueraient fort de diminuer du jour où l'on examinerait de parti pris et très attentivement tous les ataxiques comme des syphilitiques et si l'on recherchait chez tous les syphilitiques un peu anciens les signes légers de la période pré-ataxique du tabes.   L. Wahl.

LXXVIII. — **Syndrome de Brown-Séquard et syphilis spinale** ; par Lépine. (*Revue de méd.*, décembre 1903.)

Cas très intéressant terminé par la mort d'un sujet syphilitique depuis onze ans qui fut frappé subitement d'une hémiplégie incomplète du côté droit avec quelques troubles de la sensibilité à droite. A gauche, conservation de la sensibilité au contact et diminution de la sensibilité à la douleur et à la chaleur jusqu'au niveau du mamelon. Au-dessus, sur une étendue de 2-3 centimètres est une zone d'hyperesthésie. L'étude histologique révèle un foyer de méningo-myélite légère avec des lésions vasculaires particulièrement accentuées du côté des veines : les lésions congestives dominent la scène. Ramollissement peu étendu de la substance grise (zone postérieure exceptée) surtout au niveau du deuxième segment de la moelle dorsale.

LXXIX. — **Contribution à l'étude de la myélite typhique** ; par J. Lépine. (*Rev. de méd.*, 1903.)

Les faits de cette nature sont encore peu connus, surtout au point de vue anatomo-pathologique, car ils ont été longtemps confondus avec les accidents névritiques. La ponction lombaire jointe à une étude clinique plus minutieuse a montré que les cas légers ne sont pas aussi exceptionnels qu'on l'a supposé ; les cas moyens sont susceptibles de guérison, les cas graves se terminent par la mort ; les troubles sensitifs sont rares dans cette affection. Cliniquement, on rencontre 3 types (Etienne) : 1° la paralysie ascendante de Landry ; 2° une forme qui rappelle les polynévrites infectieuses et toxiques ; 3° une forme mixte. Rarement, on est en présence d'une méningo-myélite. C'est probablement (Chantemesse et Widal, Lépine et Lyonnet) aux toxines typhiques que sont dues les lésions et on est autorisé à penser que c'est par la voie sanguine que se produit l'intoxication et peut-être accessoirement par la pie-mère et le canal épendymaire. Le cerveau peut d'ailleurs être atteint, lui aussi, de lésions de même nature

que celles de la moelle, en particulier les voies optiques et auditives périphériques. Les lésions sont d'abord vasculaires, caractérisees par de l'hyperémie avec diapédèse et extravasations, puis des inflammations interstitielles et secondairement des dégénérations. L'auteur rapporte une observation avec examen histologique. L. WAHL.

LXXX. — **Troubles médullaires de l'artério-sclérose. La parésie spasmodique des athéromateux** ; par PIC et BONNAMOUR. (*Rev. de méd.*, janvier 1904.)

Les lacunes de désintégration de la moelle ont été signalées en 1883 par H. Martin, bien étudiées par Demange 1884-85, qui les a attribuées soit à la syphilis, soit à l'artério-sclérose généralisée. De Grandmaison a étudié les réflexes de ces malades. Peken, puis Pelnard, ont décrit une astasie-abasie d'origine organique chez les vieux artério-scléreux qu'avaient déjà indiquée Brissaud et de Massary. Signalons encore sur ce sujet la thèse de Reverchon (Lyon, 1902-03). Symptomatologie : la parésie spasmodique des athéromateux naît insidieusement sans ictus : c'est une faiblesse des membres inférieurs prédisposant aux chutes sans perte de connaissance : le malade progresse à petits pas en traînant les pieds sur le sol ; peu à peu, il devient impotent, est confiné au lit et meurt cachectique ; signes généraux des contractures : exagération des réflexes rotuliens ; trépidation épileptoïde, clonus de la rotule ; le signe de Babinski est inconstant. Le psychisme est affaibli et souvent les malades présentent de la dysarthrie, du rire et du pleurer spasmodiques. On constate les signes physiques ordinaires de l'artério-sclérose généralisée et en particulier diminution de la perméabilité rénale (néphrite interstitielle). L. WAHL.

LXXXI. — **Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaïne loco dolenti** ; par VERGER. (*Rev. de méd.*, janvier 1904.)

On sait qu'une injection de chlorhydrate de cocaïne à deux pour cent supprime fonctionnellement les fibres nerveuses sensitives situées dans sa zone d'action ; et qu'une telle injection pratiquée dans la gaine d'un tronc nerveux équivaut à une section transversale temporaire des fibres sensitives de ce tronc. Mettant à profit cette particularité, M. le prof. Pitres considère dans les névralgies en général : a) celles qui s'apaisent par injection de cocaïne *loco dolenti* (névralgies terminales) ; b) névralgies qui s'apaisent par injections sur le trajet du nerf au-dessus du point altéré (névralgies de causes funiculaires) ; c) névralgies cédant à des injections intra-arachnoïdiennes, névralgies radiculo-gan-

glionnaires ; di névralgies dont la cause réside dans l'axe médullo-encéphalique et qui résistent à tous les modes de traitement. Mais ces distinctions sont difficiles à observer lorsqu'il s'agit des névralgies faciales. On ne peut y considérer que deux groupes : 1° celui dans lequel l'injection de cocaïne *loco dolenti* supprime la douleur et où par conséquent la lésion causale est au niveau des terminaisons nerveuses ; 2° celui dans lequel l'injection n'agit pas, ce qui prouve que la cause est funiculaire ou centrale. Lorsque la cocaïne amène non la sédation momentanée des phénomènes mais leur guérison, on est présence de ce que M. le prof. Pitres appelle les topoalgies d'origine corticales. Dans les formes périphériques, il y a en général de l'endolorissement de la région avec paroxysmes dont le début est au voisinage de l'œil et de la tempe dans les névralgies du maxillaire inférieur dans le voisinage de l'oreille et de la tempe et dans celles du maxillaire supérieur. Les paroxysmes se produisent sous l'influence de la mastication, de la parole, de la déglutition, des excitations extérieures : les points de Valleix sont inconstants, il y a anesthésie ou hypoesthésie cutanée, hyperesthésie à la pression, hypersécrétion. Dans les névralgies de cause centrale, on a constaté quelquefois, en outre, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. L. Wahl.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 mars 1905. — Présidence de M. Brissaud.

Tabes et rééducation.

M. Dufour montre un malade confiné au lit depuis plusieurs mois et qui sur les simples avis de l'auteur appliqua de lui-même les principes de Fraenkel. Actuellement cet homme se tient debout, peut marcher facilement et n'a plus d'incontinence d'urine. L'amyotrophie des membres inférieurs a disparu.

M. Brissaud objecte que sans aucune rééducation on voit de grandes améliorations chez certains tabétiques. — Surtout chez des tabétiques staso-basophobes fait remarquer M. Raymond.

Hémiplégie.

MM. Mosny et Malloizel présentent un hémiplégique droit artério-scléreux portant du même côté un myosis avec diminu-

tion de la fente palbébrale et enfoncement de l'œil sans trouble des réflexes lumineux, et à gauche une anesthésie totale y compris le trijumeau sans troubles sensoriels, lésion probable de l'isthme de l'encéphale.

Hémiplégie spinale.

M. DÉJÉRINE présente une jeune femme non syphilitique qui, après une diplégie totale avec paralysie des sphincters et anesthésie survenue rapidement conserva seulement une hémiplégie droite et sensitive gauche. Il s'agit d'une hématomyélie spontanée. Les troubles radiculaires de la sensibilité permettent de localiser la lésion dans la substance grise médullaire entre C^8 et D^1. Le Brown-Séquard et la contracture limitée aux fléchisseurs indiquent un foyer localisé à la base de la corne postérieure droite détruisant le faisceau pyramidal au-dessous de la racine C^7.

Hémiplégie.

M. LÉRI présente un ancien hémiplégique droit avec syndrome de Weber et hémianopsie droite par thrombose probable de l'artère cérébrale postérieure.

Contractures familiales.

MM. GILBERT BALLET et DREYFUS présentent deux malades frère et sœur hérédo-alcooliques portant une contracture du cou et des quatre membres sans troubles des sphincters, ni nystagmus.

Le facies est ahuri et pleurard. Une sœur morte était atteinte du même syndrome qui est intermédiaire à la paraplégie spastique familiale pure et à la maladie familiale à forme de sclérose en plaques, types isolés artificiellement entre lesquels on peut trouver toutes les transitions.

Chorée familiale.

MM. BRISSAUD, BAUER et RATHERY présentent une famille de choériques. Les quatre enfants ont eu la chorée vulgaire et non celle de Hutington.

Dysostose cléido-cranienne héréditaire.

MM. VILLARET et FRANCOZ présentent trois enfants et leur mère atteints d'absence partielle de clavicules, retard de la soudure des fontanelles, développement exagéré du diamètre transversal du crâne. Le père est absolument sain de toute tare héréditaire ou acquise.

Autopsie d'acromégalie.

MM. GAUCKLER et ROUSSY ont trouvé à cette autopsie un kyste colloïde du corps pituitaire, un goitre fibro-colloïde et une lésion des deux surrénales, épithéliome et adénome.

Endothélioma cérébral.

M. P. Marie a observé un homme atteint de troubles passagers de la parole qui fut pris dans la suite d'hémiplégie gauche puis d'aphasie complète. A l'autopsie,on ne trouva aucun foyer, mais dans deux hémisphères des traînées grisâtres dont l'examen hystologique montra la nature endothéliomateuse.

Anurie hystérique.

M. Cestan (de Toulouse) envoie l'observation d'une hystérique prise d'anurie progressive à la suite d'une rétention traitée par le cathétérisme. L'anurie devint absolue, aboutit au coma puis se termina par une abondante décharge urinaire.

Sclérose latérale amyotrophique.

MM. Raymond et Cestan, d'après 18 cas, en reconnaissent quatre formes, le type Charcot est le plus rare. Un type plus fréquent débute par une paralysie labio-glosso-laryngée. Un autre type débute par l'atrophie musculaire progressive ; un quatrième par des signes de tabes spasmodique. Il y a un certain parallélisme entre la forme clinique et les lésions.

Hémorrhagie sous-pio-mérienne.

M. Faure Beaulieu a observé deux cas avec extension à la face postérieure de la moelle dans les hémorrhagies cérébrales.

Escarre sacrée.

M. Roy rapporte le cas d'une tabétique avec sclérose combinée, *non alitée* chez qui se développa spontanément et rapidement une vaste escarre du sacrum.

Hémiplégie homolatérale.

MM. Dupré et Camus rapportent le cas d'un gaucher ancien hémiplégique infantile droit, atteint d'hémiplégie gauche par ramollissement embolique de la partie postéro-inférieure du lobe frontal gauche. Décussation incomplète et asymétrie des pyramides, la droite étant plus petite, le cordon antérolatéral droit est aussi plus étroit. F. Boissier.

Séance du 6 avril 1905. — Présidence de M. Brissaud.

M. le Président prononce l'éloge funèbre de M. Parinaud.

Sclérose en plaques.

M. Claude présente un malade de 38 ans qui, trois semaines après une infection grippale, subit des troubles labio-glosso-laryngés, puis de la céphalée, de la faiblesse, de l'insomnie. Bientôt la démarche devint spasmodique, les réflexes s'exagérèrent, le clonus se montra avec léger tremblement intention-

nel, mastication et parole difficiles, faible nystagmus, mais pas de troubles électriques, pas d'altérations de la sensibilité, pas d'amyotrophie. Les plaques auraient leur localisation sur les conducteurs cortico-bulbaires.

Ophtalmoplégie externe congénitale et familiale.

M. Pagniez présente une femme de 50 ans atteinte de ptosis avec déviation et immobilisation des globes en dehors, léger nystagmus sans troubles des réflexes ni de l'acuité. Sur cinq enfants vivants, trois présentent la même malformation, ainsi qu'une petite fille, enfant d'une de ces trois dernières.

Lésion bulbo-protubérantielle unilatérale.

M. Souques présente un homme atteint depuis cinq ans de vertiges avec hémispasme facial gauche et hémiatrophie linguale du même côté sans aucun autre trouble moteur de la face et des membres, aucun trouble de la sensibilité, ni des réflexes ni des vasomoteurs. Une lésion de l'angle bulbo-cérébelleux aurait intéressé la branche cochléaire de l'auditif qui n'a jamais été atteinte, la lésion doit donc siéger dans l'intérieur du bulbe et de la protubérance, où les deux branches du VIII sont séparées et peuvent être atteintes isolément. Un foyer même petit peut dans ces conditions détruire l'hypoglosse et irriter le facial et le vestibulaire.

M. Babinski a soigneusement observé et analysé les symptômes de ce malade chez lequel une synergie paradoxale impossible dans le tic ou dans le mouvement volontaire caractérise bien le spasme.

M. de Massary, à propos de 2 cas de névralgie du trijumeau expose que la névralgie périphérique aboutit à un tic et la névralgie centrale à un spasme.

Géniospasmes et géniotics.

M. Meige. — Les géniotics sont bilatéraux, l'attention et la volonté peuvent les faire disparaître : ce sont des troubles fonctionnels de la mimique faciale, tandis que les géniospasmes sont unilatéraux et composés de contractions parcellaires et frémissantes que la volonté ne peut ni produire ni faire disparaître.

Troubles thermiques.

M. Babinski présente un homme qui à la suite de vertiges a conservé l'œil gauche plus petit avec enophtalmie, diminution de la fente palpébrale et de la pupille. A droite : le froid est moins nettement senti et provoque une sensation très désagréable ; les veines sont moins saillantes qu'à gauche ; il y a vraisemblement hypothermie à droite, le pouls capillaire est petit de ce côté. La lésion est bulbaire.

Paralysie bulbo-spinale asthénique.

MM. Oulmont et Baudoin présentent un homme qui, après une chute, fut atteint de parésie des deux membres supérieurs et du tronc avec polyurie, albuminurie, escarre, incontinence fécale et troubles cardiaques. Il se guérit d'ailleurs rapidement.

MM. Gauckler et Roussy montrent *un foyer de myélite parenchymateuse*, ou, selon l'avis de M. Déjerine, une plaque de sclérose unique, n'ayant provoqué aucune dégénérescence ni au-dessus ni au-dessous.

M. Maurice Renaud expose une nouvelle méthode d'examen histologique du système nerveux.

M. Hallion présente un appareil pour enregistrer les variations de volume des doigts. F. Boissier.

BIBLIOGRAPHIE

X. — *Asile public d'aliénées de Bordeaux : Rapport médical pour l'année* 1903. — *Personnel médical* : Médecins : MM. Anglade, médecin en chef; Jacquin, médecin-adjoint. Internes : MM. Robert, Djmora, de Verduzan. In-8° de 64 p. Bordeaux. imp. Gounouilhou, 1904.

Ce titre est déjà très suggestif, car il indique l'*union du service médical* dans l'action pour le bien des malades. Dans sa lettre au Préfet de la Gironde, le Dr Anglade, précisant cette union qui existe dans quelques asiles et que nous voudrions constater dans tous, s'exprime ainsi : « Ce rapport est le produit et le résumé du travail de *tous mes collaborateurs*, par les soins de qui les observations médicales ont été recueillies. Pour le préparer et pour l'établir, j'ai toujours pu compter sur la collaboration avisée et dévouée du Dr Jacquin, médecin-adjoint. »

Aliénées présentes au 1er janvier 1903		903	1090
Entrées : Premières admissions (dont 5 idiotes perfectibles)	138	187	
Rechutes	26		
Transfèrements	3		
Réintégrations (dont une idiote perfectible)	20		
Sorties : Guérisons	17	77	172
Améliorations (dont 2 idiotes perfectibles)	12		
Évasions	»		
Transfèrements	6		
Sur demande des familles	18		
Pour autres causes (dont une idiote perfect.)	24		
Décès		95	
Aliénées présentes au 31 décembre 1903			918

Dans ce nombre sont comprises 30 *idiotes perfectibles*. La population réelle du service est de 888 femmes au 1er janvier de cette année.

« Notre quartier des idiotes perfectibles s'est accru de 6 unités, dont une réintégrée..... A toutes ces malades, le *traitement médico-pédagogique* est appliqué. Malgré la compétence et les patients efforts de la sœur institutrice, chargée de diriger cette thérapeutique, les résultats sont médiocres. Cela tient surtout aux formes pathologiques des malades admises. Sur les cinq internées pour la première fois, quatre sont des idiotes profondes avec tares physiques considérables. Une seule paraît susceptible de bénéficier de la médico-pédagogie.

« Tant que ces quartiers spéciaux seront annexés aux asiles d'aliénés, il est à craindre que, malgré le bon vouloir et les capacités du personnel, le recrutement ne se fasse toujours parmi les déchéances les plus profondes les plus incurables de la cérébralité.

« Ces petites idiotes ont en général un âge relativement *trop élevé* quand elles nous viennent à l'Asile. C'est habituellement à partir de douze à treize ans qu'on nous les envoie. Or, on sait, et c'est l'opinion de spécialistes autorisés que nous invoquons, tels que Bourneville, Thulié, etc., que les résultats de l'orthophrénopédie sont d'autant plus évidents que l'application du traitement est faite de bonne heure ; s'il faut en croire les médico-pédagogues, c'est à partir de deux ans et demi qu'on devrait commencer la thérapeutique spéciale (1).

« Il y a enfin d'autres facteurs qui compromettent le bon fonctionnement de notre service d'idiotes. C'est la population croissante des malades ; 30 enfants au 1er janvier 1903, d'où mélange de toutes les formes de la dégénérescence. C'est l'exiguïté du quartier qui ne permet pas la différenciation des catégories. C'est enfin, l'insuffisance du personnel, tous désidérata que l'administration toujours bienveillante de l'Asile pourra satisfaire dans l'avenir.

Parmi les paralytiques générales, on compte deux prostituées, trois demi-mondaines appartenant à la prostitution officieuse.

Le chiffre le plus élevé des *admissions* en totalité, est fourni par le mois de mai (19) ; après lui, viennent le mois d'avril avec 15 malades, le mois d'août, 14 malades.

« Même après une enquête sévère, il y a parfois de grandes dif-

(1) Ou mieux dès que l'on a reconnu les premiers signes de l'idiotie. On les admet à Bicêtre et à la Salpêtrière à 2 ans, quelquefois au-dessous. — La très grande majorité des idiots est perfectible à des degrés divers si l'on s'en occupe de bonne heure, avec persévérance, en appliquant ce que nous avons, le premier croyons-nous, désigné sous le nom de *traitement médico-pédagogique*.

ficultés à établir la durée antérieure de la maladie, et le manque de renseignements que nous avons sur le plus grand nombre de nos malades ne nous facilite pas ces recherches. Quand il s'agit de malades placés volontairement, la famille qui les accompagne peut nous aider dans cette tâche. Mais il n'en est toujours pas ainsi, les placements volontaires sont les moins nombreux. Au contraire, les aliénées placées d'office, les plus nombreuses, nous arrivent, après un séjour plus ou moins long dans le service d'isolement de l'hôpital Saint-André, conduites par des infirmières de cet hôpital, incapables de nous fournir les renseignements ou documents que nous leur demandons ; nous ne pouvons pas davantage les recueillir dans les pièces légales qui accompagnent la malade. Ce n'est habituellement qu'un simple certificat médical, quelquefois deux, mais toujours trop brefs pour nous être d'une utilité quelconque sur ce terrain de recherches. Il y a donc là une lacune regrettable. Nous devons faire cependant une exception pour les malades qui ont passé dans le service du Dr Régis où elles sont bien observées et étudiées. Grâce à sa bienveillance, nous avons pu, chaque fois que l'occasion s'est présentée, recueillir nous-mêmes dans les observations de son service, les documents que nous désirions connaître. Malgré ces lacunes, le tableau VII montre qu'*on attend toujours trop longtemps avant d'interner les malades*. On ne saurait trop demander que l'internement soit ordonné sitôt que le trouble psychique s'est manifesté. Nous ne sommes pas les seuls, parmi les aliénistes, à réclamer l'internement précoce ; c'est une mesure sage. La société, la famille, n'ont rien à perdre, en raison des dangers que l'aliéné peut lui faire courir. La santé du malade ne peut que tirer bénéfice d'un traitement appliqué le plus tôt possible. Plus on temporise, plus les soins spéciaux sont éloignés, plus les chances de guérison ou d'amélioration diminuent.

« Les *sorties à titre d'essai*, grâce à la bienveillance de l'administration préfectorale qui les autorise, sont fréquemment employées à l'Asile de Château-Picon ; leur nombre, pour l'année 1903, a été de 20 environ. Intermédiaires entre l'état de liberté absolue et de séquestration, elles rendent d'incontestables services. Nous les prescrivons dans des conditions de prudence extrême après nous être assurés personnellement de la parfaite honorabilité de la famille, toutes les fois que nous voulons éprouver la susceptibilité des malades en voie de guérison ou d'amélioration ; ces sorties n'excèdent pas le terme de 30 jours. Si une rechute ou une aggravation des symptômes surviennent avant ce délai ; la malade est ramenée à l'Asile sans aucune formalité administrative ; passé ce terme, la sortie est considérée comme définitive.

« Ainsi prescrites, nous n'avons eu qu'à nous louer des résultats obtenus sur les 20 sorties données à titre d'essai en 1903 (10 s'a-

dressaient à des malades en voie de guérison (tableau XII) ; aucune de celles-ci n'a été réintégrée, et elles peuvent être considérées comme guéries ; six autres malades étaient des malades non guéries, mais calmes et assez tranquilles pour vivre au dehors ; elles sont restées dans leurs familles. Les 4 autres ont été réintégrées soit pendant le congé, l'une deux jours après la sortie, soit à l'expiration du congé ».

A propos de la tuberculose M. Anglade fait la réflexion suivante :

« Dans les asiles d'aliénés, où l'entérite tuberculeuse sévit avec intensité, où les malades qui ne savent pas cracher, mais souvent gâteux, répandent partout leurs matières fécales, la propagation de la tuberculose par les selles est la plus redoutable. D'où isoler les tuberculeux, recueillir leurs crachats et surtout leurs matières fécales, désinfecter tout ce qui a pu être contaminé par les expectorations et surtout les selles, telles sont les mesures prophylactiques capables d'atténuer les ravages de la tuberculose dans tous les milieux, plus particulièrement dans les asiles d'aliénés. »

En 1903, il y a eu 95 décès. En 1902, il n'y en avait eu que 77.

Parmi, les variétés mentales, c'est la démence (41), en particulier la démence sénile, et la paralysie générale (25) qui ont fourni le plus large tribut à la mortalité ; les folies simples viennent ensuite (22), puis les idioties (4) et les épilepsies. La cause certaine de la mort ne peut être posée avec certitude qu'après vérification nécropsique. C'est la mort par « cachexie paralytique » qui fournit le plus gros chiffre.

« Mais ici encore, il s'agit d'un terme mal défini, comme celui de cachexie sénile, marasme nerveux, etc., communément employé, terme vague, qui montre une fois de plus l'insuffisance de la clinique et la nécessité de déterminer plus scientifiquement la cause de la mort par l'exploration attentive du cadavre. » — On ne saurait mieux dire.

M. Anglade signale deux malades séniles (72, 82 ans) mortes quelques jours après leur entrée.

« N'eût-il pas été préférable, dit-il, pour ces deux dernières malades de les laisser mourir à l'hôpital plutôt que de les interner à l'Asile d'aliénées ? Sans compter que le transfert lui-même, et toutes les manœuvres qu'il exige, notamment le transport en voiture n'ont pu que compromettre davantage la santé physique déjà si ébranlée de pareilles malades ? »

L'envoi et le transfert, dans les asiles, d'aliénés en état de fièvre, mourant quelques jours après leur arrivée se produit très

souvent. On pourrait éviter ces accidents regrettables, en examinant très sérieusement tous les malades *avant leur départ* et en s'assurant, par la prise de la température, qu'ils peuvent subir le voyage sans inconvénients : *c'est ce que nous faisons régulièrement dans notre service.*

« Nous avons remarqué que les cerveaux d'épileptiques, écrit M. Anglade, offrent une particularité qui mérite d'être mentionnée. La fermeté de la substance blanche, l'atrésie des ventricules latéraux, l'absence de liquide dans les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens. » (A vérifier).

Encore deux citations sur le traitement.

« Dans quelques cas, rares aussi, nous avons dû recourir à un procédé mixte : l'alitement alternant avec la chambre d'isolement.

« On a dit que cette méthode, l'*alitement*, était d'une application difficile dans les asiles de province, qu'il fallait une installation particulière, un personnel plus nombreux. Nous répondrons que ces raisons ne sont pas suffisantes puisque nous avons pu d'emblée la généraliser à l'asile de Château-Picon, avec le même personnel, sans autre changement que des modifications de détail, en tirant parti de la disposition de quartiers construits depuis quatorze ans ».

Ceci indique que l'on peut réaliser bien des pratiques sans occasionner de grandes dépenses. Notre ami, le Dr Deny, a procédé ainsi dans son service de la Salpêtrière. BOURNEVILLE.

XI. — *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année* 1903, par M. le Dr BIAUTE, médecin en chef.

« L'agrandissement de l'asile autorisé par le ministère de l'Intérieur et dont les dépenses, évaluées à 1.344,711 fr. ont été volontairement consenties pour les deux tiers par le département, pour l'autre tiers et en partie égale par la ville de Nantes et les hospices, est en pleine voie d'exécution.

« Dans un an, les travaux étant de beaucoup plus avancés et les pavillons neufs nous ayant fourni de nombreuses places en plus, il ne sera plus nécessaire d'avoir recours à des transferts collectifs pour désencombrer la division des femmes.

« Les malades commenceront à avoir des cours plus étendues, des salles de jour claires et aérées, des réfectoires agréables, des dortoirs spacieux ».

Au 31 décembre 1902, la population était de 697 (293 H. et 404 F.) et au 31 déc. 1903 de 729 (303 H. et 426 F.) Les entrées ont été de 326, dont 38 cas de folies toxiques, 11 d'imbécillité et idiotie. Les journées de présence de 259.839. Il y a eu 1023 malades trai-

tés. Guérisons 93 ; améliorations 31. «Nous conservons encore les deux malades qui depuis longtemps, sont les plus anciens dans l'établissement, un *idiot* entré en 1839 et une *idiote* entrée en 1853. » Au cours de son rapport M. le Dr Biaute consigne de curieux détails sur plusieurs malades, et cite sur l'une d'elles des fragments de l'une des intéressantes leçons sur l'aliénation mentale qu'il fait aux étudiants de l'école de Nantes, donnant ainsi un excellent exemple que l'Administration supérieure ne saurait trop encourager. B.

XII.— *Rapport médical sur l'asile public d'aliénés de Saint-Robert pour 1903*, par le Dr J. Bonnet.

Total des malades traités en 1903 : 1213, dont 232 entrants (121 H. et 111 F.) pour un *seul médecin*. Sortis : par *guérison*, 43 (25 H. et 18 F.), par *amélioration* 41 (15 et 26). Restants au 31 déc. 1903, 1010 (489 H. et 521 F.). Parmi les admissions en 1903, relevons 12 cas d'idiotie et d'imbécillité (6 de chaque sexe), 20 de folie alcoolique (18 H. et 2 F.) et une *crétine*. Au-dessous de 15 ans, 3 cas. En avril, juin, juillet, septembre, 23 admissions, les autres mois, au-dessous ; en décembre, 14 (minimum). 119 décès, dont 28 de *paralysie générale* et 7 de *tuberculose pulmonaire*.

Sur 1213 malades traités, le Dr Bonnet signale 218 *travailleurs* et 250 travailleuses, soit 468. Nous signalons ces chiffres à l'attention de nos collègues des Asiles de la Seine et de la direction des affaires départementales.

Le nombre des aliénés a augmenté : 1.057 en 1890, au lieu de 1.233 en 1903. Terminons par quelques citations du Rapport de M. le Dr J. Bonnet, en premier lieu sur le tableau de l'âge des admissions.

« On voit donc comment la folie devient rapidement incurable et quelle importance il y a à la traiter le plus promptement possible. Ainsi que l'a fort justement dit M. le professeur Pierret (1) : « L'aliénation mentale peut guérir ; elle guérit même très souvent quand on peut, quand on sait la traiter à temps. » Une thérapeutique intelligente doit s'inspirer de la diversité des cas ; toute autre fait fausse route. Mais cette thérapeutique individuelle, ces recherches sont-elles possibles dans un service où, comme à Saint-Robert, plus de 1.000 malades sont confiés à un seul médecin ? Poser la question, c'est la résoudre.

« 1243 malades y ont été traités en 1903. A qui fera-t-on croire à la possibilité d'un traitement vraiment sérieux et rationnel, même si le médecin ne veut s'occuper que des cas relativement récents, remontant à 1 ou 2 ans, soit 450 malades environ ?

(1) M. Bonnet aurait pu ajouter « et les *Archives de Neyrologie*, depuis plus d'un quart de siècle ».

« On voit la nécessité qu'il y a à détruire cette vieille conception de l'asile-caserne, de l'asile-exploitation culturale, pour transformer de plus en plus nos garderies d'aliénés en maisons de traitement, en hôpitaux, en instruments de guérison.

« Guérir des aliénés doit être le vrai but de l'asile et le meilleur moyen de ne pas grever outre mesure le budget départemental. C'est la meilleure voie des économies.

« A ce point de vue, je ne saurais trop insister sur les avantages qu'il y aurait, pour désencombrer l'asile, d'appliquer le système de l'assistance familiale à domicile pour nombre d'aliénés chroniques inoffensifs. La statistique démontre que la folie guérit en général dans la première année du traitement et plus difficilement ensuite.

« De nombreux malades âgés ont été admis à l'asile depuis quelques années et pour ces malades, il serait fort utile que leurs dortoirs fussent chauffés au moins pendant les grands froids.

« Nos pavillons sont isolés, exposés à tous les vents, et le froid s'y fait particulièrement sentir. Je signale spécialement celui du pavillon Baillarger, à la ferme ». Un département comme l'Isère, qui ne manque pas de bois, pourrait chauffer ses malades. Il est triste de signaler de telles.... erreurs administratives.

« Une *école d'infirmiers et d'infirmières* a été heureusement créée à l'hôpital de Grenoble. Les malades seront ainsi assurés de recevoir des soins plus éclairés, plus intelligents.

« En effet, avec les progrès de la médecine et surtout de la chirurgie moderne, des connaissances techniques sont indispensables à ceux qui soignent les malades. La bonne volonté, le dévouement ne suffisent plus. La connaissance de l'antisepsie, notamment, est un devoir. L'administration de l'hôpital a bien voulu m'autoriser à faire les cours relatifs aux soins à donner aux aliénés. Ces cours ont porté sur les symptômes généraux communs aux maladies mentales, sur la classification, l'étude des formes principales de la folie, sur la loi de 1838, le règlement de 1857, sur les soins spéciaux à donner aux aliénés, sur les qualités requises pour devenir un bon infirmier d'asile et cesser d'en être un simple gardien,etc.Les cours ont été régulièrement suivis par 50 assistants environ, en comprenant les deux sexes. Notre personnel a obtenu six diplômes d'infirmières et deux diplômes d'infirmiers. Je me fais un devoir, en terminant, de rendre hommage aux qualités de dévouement du personnel attaché au service médical. Ses fonctions ont souvent un caractère pénible. La bonne volonté, les efforts de ceux qui ont obtenu le diplôme d'infirmiers mériteraient d'être reconnus et encouragés. »

Ce qui a été fait à Grenoble indique la voie à suivre : 1° Ecole ordinaire, *enseignement général* à l'hôpital ; — 2° Enseignement spécial à l'asile, pour le personnel qui soigne les aliénés et dans

un asile *tout le personnel* est SOIGNANT, c'est-à-dire INFIRMIER : *diplôme commun, diplôme spécial.* B.

XIII. — ***Rapport médical et compte moral et administratif pour l'exercice 1903 de l'Asile d'aliénés de Blois***, par le Dr DOUTREBENTE, directeur, médecin en chef.

Existants au 1er janvier 1903, 428 (201 H. et 227 F.). Admis dans l'année 117 (56 H. et 61 F.), parmi lesquels 19 malades atteints de *folie alcoolique*. Placements volontaires, 43 ; d'office, 44. A la fin de 1903, il y avait 31 épileptiques dits non aliénés et 27 idiots. Sorties, 62, dont 37 par guérison et 17 par amélioration.

« Il est de toute importance, en médecine mentale, rappelle M. Doutrebente, de pouvoir traiter les malades au début de la maladie ; le meilleur traitement, c'est l'isolement de la famille et des habitudes antérieures, isolement qui doit être pratiqué aussi rapidement que possible dans un établissement spécial. »

48 décès, dont un par tuberculose. Deux malades ont été isolés pour tuberculose pulmonaire.

« En dehors des sorties d'essai, nous avons organisé, même pour les incurables et les chroniques agités, une série de promenades quotidiennes, isolées ou par groupes de 2 ou 3 malades, qui ont l'avantage de faire profiter du plein air les malades et les infirmiers qui sont chargés à tour de rôle de la surveillance de ces promenades.

Les distractions à l'intérieur, théâtre, musique, jeux divers, dames, cartes, billard et lectures, sont réservées pour les jours où le mauvais temps ne permet pas le travail aux champs ou la promenade.

Le nombre des aliénés de la Seine était de 24. Nous croyons que l'Asile n'en reçoit plus. — Le produit des travaux de toutes sortes exécutés dans l'établissement par les ouvriers, les ouvrières et les aliénés des deux sexes en 1903, a été de 89.000 fr. dont 39.000 par les malades.

« Le chiffre des aliénés travailleurs en 1903 a été de 66 pour les hommes et de 110 pour les femmes, non compris les malades, dont le travail n'a pu être évalué en journées ou tout au moins en quarts de journée, comme le sont, par exemple, ceux que nous employons irrégulièrement ou d'une façon passagère, à titre d'essai et comme moyen de traitement, aux travaux des champs ou des ateliers.

Le prix de journée entière accordée aux aliénés est de 0 fr. 10 ; il n'est accordé qu'aux meilleurs, les autres ne touchant qu'un, deux ou trois quarts de ce prix.

Les *dépenses* ordinaires ont été de 437.607 fr. 49, le nombre des journées des malades de toutes catégories (pensionnaires et in-

digents) a été de 166.086. Le prix moyen de revient a été de 2 fr. 589.

XIV. — *Rapport sur la division des femmes de l'asile d'aliénés de Maréville* (Meurthe-et-Moselle); *pour l'exercice* 1903, par M. le Dr Paris, médecin en chef.

« Le 31 décembre 1902, le service des *femmes* comptait 848 malades, 829 pour le service de Maréville, 19 pour le service du pensionnat Sainte-Anne ; il en comprend 845 le 31 décembre 1903, 829 pour le service de Maréville, 16 pour celui du pensionnat Sainte-Anne.

« Les chiffres donnés pour les départements autres que Meurthe-et-Moselle ne peuvent fournir aucune donnée sérieuse relativement au progrès de l'aliénation mentale dans ces départements puisqu'ils ne nous envoient pas toutes leurs aliénées indigentes et qu'ils en conservent un certain nombre dans divers hospices. (Ceci est contraire à la loi du 30 juin 1838).

« Parmi les 194 admissions en 1905 citons 13 cas de folie alcoolique, 10 cas d'idiotie ou imbécillité.

« J'ai insisté beaucoup dans mes précédents rapports et dans la presse médicale sur les inconvénients des placements tardifs, inconvénients pour les malades, pour les familles, pour les communes, pour les départements, puisque l'aliénation mentale guérit surtout dans les deux premières années de traitement et notamment dans la première ; je constate que le nombre des placements tardifs tend à diminuer.

« Comme je le constatais déjà dans mes derniers rapports annuels le nombre des admissions de malades âgées est en progression constante ; il entrait en 1901, 22 aliénées âgées de plus de 55 ans ; en 1902, 41 aliénés âgées de plus de 55 ans ; en 1903 44 aliénées âgées de plus de 55 ans.

« Ces chiffres ont évidemment une influence assez sensible sur ceux de nos statistiques de sorties et de décès ; ils ne peuvent que contribuer à diminuer le nombre des premières et augmenter celui des seconds. »

Guérisons 45, améliorations 28. M. le Dr Paris formule quelques remarques intéressantes.

« Je suis persuadé que la création que j'ai demandée dans mes précédents rapports d'un petit service d'un traitenent familial, d'un embryon de ferme, rendrait de sérieux services à nos indigents timides, à nos mélancoliques en voie d'amélioration ou dont l'amélioration ne progresse que très lentement, malades qui sont aussi mal que possible dans de grands quartiers.

« Tous les médecins aliénistes tendent de plus en plus à faire donner à l'aliéné plus de liberté, plus de bien-être et un genre

de vie plus rapproché de celui qu'il avait avant la séquestration.

« Comme toujours, ce sont des aliénés malades depuis moins de six mois qui donnent le plus de guérisons ou d'améliorations et c'est aussi la première année de traitement à l'asile d'aliénés qui donne le plus de résultats favorables.

« 111 décès à l'asile, 3 au pensionnat. Il y en a eu 6 par tuberculose pulmonaire. C'est la première année qui donne le plus de décès. »

M. Paris écrit que « le personnel du service, malgré les difficultés croissantes du *recrutement des infirmières* s'est toujours montré digne de la confiance de l'administration et attentif aux observations ou aux conseils de son chef ou de ses collaborateurs immédiats. »

Nos collègues des asiles feraient œuvre utile en organisant un enseignement pour leurs infirmières et infirmiers. A Maréville, ces agents pourraient être astreints à suivre les cours de l'Ecole de Nancy (enseignement commun à tous) et à suivre, à l'asile, un cours spécial sur les soins à donner aux aliénés. En quelques années, nous verrions se relever, comme il convient, le niveau intellectuel du personnel secondaire dont les salaires devraient être relevés et qui devraient être assurés d'une retraite. B.

XV. — *Rapport sur la division des hommes de l'asile public d'aliénés de Maréville* pour 1903, par le Dr Vernet, médecin en chef.

Au 1er janvier 1903, 916 malades ; entrés 235, sortis 116 ; décès, 111. Effectif au 31 décembre, 924. Les admissions les plus nombreuses ont eu lieu d'avril à septembre.

« Nous constatons, comme les années précédentes, que la folie se montre le plus fréquemment de vingt à cinquante ans, dans la période de la vie où les causes occasionnelles ont leur maximum d'intensité. Six vieillards, plus que septuagénaires, ont été conduits à l'Asile, alors qu'il eût été facile et préférable de les soigner dans leurs familles, à défaut d'un hospice destiné spécialement à ces incurables.

« De six enfants âgés de moins de dix ans, deux sont atteints d'épilepsie, trois d'idiotie, un de débilité mentale ».

En ce qui concerne la profession des malades, nous voyons mentionnées dans la plupart des rapports les « professions libérales » sans autre indication. Il serait intéressant de les énumérer. Parmi les causes : hérédité, 92 ; *alcoolisme*, 82 ; syphilis, 21, hérédo-syphilis, 3 ; excès vénériens, 12 ; onanisme, 5 ; mysticisme, 16, etc.

« *L'internement précoce* permet seul d'escompter une guérison probable. Il est à souhaiter, comme nous l'avons dit maintes fois,

que les familles et les maires des communes n'hésitent point à provoquer le placement de leurs proches et de leurs administrés dès les premiers symptômes d'aliénation mentale. Les admissions ne comprendraient plus autant de cas chroniques et incurables, au grand bénéfice des malades, de leurs familles et des communes, appelées à payer les frais d'entretien.

« Les sorties par guérison seraient certainement plus nombreuses encore, si elles étaient facilitées : 1° par l'adoption de *congés* ou *sorties à titre d'essai*, très utiles lorsque les familles présentent des garanties suffisantes pour les soins et la surveillance que réclament les convalescents ; 2° par la création d'un pavillon ouvert de convalescents, organisme qui manque à la plupart des asiles. Certains malades ne sortent jamais, parce que la transition manque entre la séquestration complète et la liberté du dehors. Tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade lui-même qui hésite devant ce saut dans l'inconnu. Au lieu de rester indéfiniment à la charge des départements, certains malades pourraient être rendus à la société, si on leur accordait une liberté relative, tout en leur continuant l'assistance, dès que les troubles mentaux tendent à disparaître.

« ... Un certain nombre de malades ont succombé dès les premiers jours de leur internement. Chaque année, nous déplorons la facilité avec laquelle on conduit à l'Asile des malades tellement affaiblis qu'ils sont incontestablement inoffensifs, et qu'avec un peu de bonne volonté il eût été facile de soigner dans la famille ou dans un hospice.

« Je citerai, comme exemple, un homme de trente-huit ans, amené à l'asile le 27 juillet. Il présentait à son arrivée du délire fébrile : la température était 39°5 ; le pouls à 140.

« Le membre supérieur gauche était le siège d'un érésipèle gangréneux ; de vastes escharres envahissaient le bras et l'avant-bras, presque entièrement dépouillés d'épiderme. Malgré les soins qui lui furent immédiatement prodigués, l'état général de ce malheureux ne fit qu'empirer : la température atteignait bientôt 40°8 et le malade succombait à 8 heures du soir. » Des cas analogues se reproduisent trop souvent dans les asiles.

L'envoi dans les asiles de malades atteints d'affections graves, fébriles, auxquelles ils succombent quelques jours après leur entrée, constitue un fait bien regrettable, relevé dans plusieurs des rapports que nous analysons. Nous en avons constaté des cas concernant les malades envoyés des hôpitaux ou de l'Asile clinique dans notre service. Il est facile d'y parer. Il suffit, en effet, pour obtenir ce résultat, de prendre la température du malade la veille et le jour du transfert, comme nous le faisons depuis longtemps dans notre service, et de surseoir à cette opération, s'il y a de la fièvre.

« Chez un entrant, nous avons constaté la fracture des deux radius causée par les liens trop serrés qu'on avait cru devoir lui appliquer au dehors, comme cela se rencontre trop souvent, liens qui avaient en outre déterminé de vastes excoriations.

« Le traitement hydrothérapique a été encore notoirement insuffisant, faute d'eau, en 1903 » (voir nº de mai, p. 404).

Avec l'isolement, le travail manuel, les bains et *l'hydrothérapie* sont les principaux agents du traitement des *maladies mentales* et *nerveuses*. M. Paris aborde ensuite une autre question très importante.

« Cependant, il est une question sur laquelle je crois utile de revenir, bien qu'elle ait été traitée dans les rapports sur les années 1896 et 1900. Je veux parler du personnel de surveillance.

« J'ai déjà signalé l'instabilité des infirmiers; pour la plupart, l'Asile n'est qu'un pis-aller. Ils y viennent le plus souvent afin d'y attendre, à l'abri du besoin, un emploi pénible et mieux rémunéré. Cette année encore, sur une moyenne de 97 gardiens présents au 31 décembre, il y a eu 70 entrées et 68 sorties, dont 55 volontaires et 13 par suite de renvoi pour divers motifs. Cela ne surprend pas ceux qui connaissent les conditions d'existence des gardiens dans les Asiles de province. Après une longue journée consacrée à la surveillance d'aliénés parfois criards, tapageurs, agressifs, le gardien va encore passer la nuit au milieu d'eux. Il couche le plus souvent dans le même dortoir, côte à côte avec les malades, sans être protégé contre leurs agressions par aucune barrière, si fragile qu'elle soit. Aussi que de nuits passées sans sommeil, à cause des cris, des divagations, des allées et venues des malades confiés à sa garde, sans parler des appréhensions bien légitimes qui l'empêchent parfois de trouver un sommeil réparateur. »

Nous avons constamment réclamé la séparation complète du *service de jour* et du *service de nuit* et le *logement en dehors des salles*. Nous enregistrons avec plaisir l'opinion de M. le Dr Vernet.

« Quand on songe à la modicité du salaire et des avantages octroyés à ces hommes jeunes, robustes, que ne peut retenir l'espoir d'une retraite, on a le droit de se demander comment il s'en trouve encore pour accepter cette ingrate et pénible fonction. Car, il faut bien qu'on le sache, outre les insultes et les accusations injustes auxquelles ils sont journellement exposés, ces mêmes infirmiers si décriés sont trop souvent victimes des impulsions morbides des malades dont ils ont la garde. Sans parler des infirmiers tués par des malades (et nous en avons eu récemment deux exemples), que de fois le médecin d'Asile ne trouve-t-il pas à la visite quotidienne des infirmiers mordus, contusionnés, le visage lacéré, sans qu'ils aient osé riposter, la plupart du temps,

car ils savent qu'il leur est expressément défendu de se livrer à des voies de fait sur les malades, sous peine de renvoi immédiat. Il est à supposer qu'une amélioration matérielle de leur situation rendrait leur recrutement plus facile, leur stabilité plus grande leur niveau moral plus relevé ».

Ces réflexions répondent trop à ce que nous avons dit et redit pour que nous ne nous y associons de tout cœur. B.

Suppression de l'absinthe.

L'absinthe en Belgique. — La section centrale de la Chambre belge vient d'approuver une proposition de loi qui interdit la fabrication, le transport, la vente et le débit en Belgique de « toute liqueur contenant de l'essence d'absinthe », à peine de 26 à 500 francs d'amende et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, ou d'une de ces peines seulement... Il n'y a pas de doute, dit le *Semeur de l'Oise* (22 mars), que la Chambre votera les conclusions de sa section centrale.

A propos de cette proposition de loi, M. Harduin, dans le *Matin*, du 10 avril, fait les remarques suivantes :

Je ris encore en pensant à la tête d'un bon mufle qui voulait m'entraîner dans un café et auquel j'affirmais que je n'avais jamais bu une goutte d'absinthe ou un apéritif quelconque, et que je n'entrerais jamais dans un café.

Il me regardait comme un phénomène invraisemblable, et je devinais la couleur de ses pensées, qui se formulaient ainsi : « Mais alors, si on ne va pas au café et si on ne boit pas d'absinthe, que reste-t-il dans la vie ? »

Ah ! supprimer l'absinthe en France, c'est ça qui serait une affaire ! — On a pu supprimer les congrégations, on arrivera sans doute à supprimer le budget des cultes et le Concordat ; on supprimera bien d'autres choses... Mais toucher à l'absinthe !

Wilhelm Wundt et sa psychologie.

Article en l'honneur de la vie, des travaux, de l'œuvre de Wundt, et de son influence sur la psychologie et la psychiatrie. Il est temps, d'après M. Weygandt, d'appliquer à la psychiatrie les données de la psychologie moderne. La psychologie expérimentale doit avoir partout son laboratoire et son enseignement. Un laboratoire de psychologie expérimentale doit être annexé à toute clinique psychiatrique. Voir *Progrès médical* du 11 avril 1903 (*die Grundzüge der physiologischen Psychologie von Wundt* 1902.) P. Keraval.

NÉCROLOGIE



LE DOCTEUR PAUL GARNIER

Le monde médical vient de perdre dans la personne du Dr GARNIER, un des hommes les plus connus et les plus appréciés du public parisien.

Né le 28 avril 1848, à Chérac (Charente-Inférieure), GARNIER avait fait toutes ses études médicales à la Faculté de Paris. Il s'était spécialisé de très bonne heure dans la voie que les circonstances lui tracèrent, et que ses dons naturels surent utiliser dans la suite, au profit d'une carrière sans déboires, toute faite de glorieuses étapes et de succès mérités. Tout jeune encore, et à peine libéré des études classiques et obligatoires, il se montra friand des choses plus originales de la psy-

chiatrie, et fut conduit par la seule curiosité de son esprit vers un maître qui faisait école. En auditeur bénévole et en inconnu d'abord, puis en élève remarqué et apprécié, il alla écouter Magnan, et devint un disciple de l'Asile clinique. Ce fut là que sa vocation se décida, et sa carrière ultérieure devait porter l'empreinte du berceau. Le jeune aliéniste ne tarda pas à refléter les tendances du milieu qui l'avait vu naître, et, toute sa vie durant, il devait conserver une admiration profonde pour les doctrines scientifiques de l'homme dont il avait fait son modèle en s'imprégnant de sa manière professionnelle, de son savoir et de son talent.

C'est en 1886 que Paul Garnier prit la direction de l'*Infirmerie spéciale du dépôt* près la *Préfecture de police.* Il héritait de la lourde succession de Lasègue et de Legrand du Saulle, après avoir prêté au premier son concours gratuit, et assisté le second en qualité de médecin adjoint pendant trois années. Son sens clinique se trouvait à l'aise dans ce milieu si riche d'intérêt, où médecins et magistrats se rencontrent chaque jour sur le terrain délicat de la responsabilité pénale. Servi par un esprit subtil et délié, autant que par un jugement droit et robuste, le nouveau titulaire possédait au plus haut degré ces qualités de souplesse et de plasticité si nécessaires à son rôle d'investigateur. Mais il y avait en lui autre chose qu'un homme de métier : il observait en artiste et il jugeait en penseur. Devant l'intérêt d'un problème social, en présence d'une de ces mille situations pittoresques, au spectacle desquelles il était convié par la nature même de son ministère, le fonctionnaire s'effaçait : le médecin scrutait l'aliéné ou le simulateur d'un coup d'œil sûr et rapide, mais au-delà de la tâche officielle, l'homme s'arrêtait encore pour contempler avec émotion les drames de la vie.

Le Dr Garnier avait été nommé *médecin-inspecteur des asiles publics d'aliénés*, et attaché comme *médecin-légiste* au parquet de la Seine. Plusieurs de ses expertises

sont restées célèbres, et sa science fit autorité dans plus d'un procès fameux. On sait qu'il avait été chargé dernièrement, par la cour de Vienne, d'examiner l'état mental de la princesse de Cobourg : le rapport n'était pas encore rédigé quand la mort vint le surprendre.

Tout en s'acquittant de ses services officiels avec un zèle qui ne se démentait jamais, Paul Garnier fut, dans le monde de l'aliénation, l'un des producteurs les plus féconds de notre époque. Nous lui avons entendu formuler maintes fois son regret de ne pouvoir fixer toujours au passage les faits si intéressants qu'il observait journellement dans son beau service, et dont quelques-uns, faute de temps, restaient perdus pour la science. Ses travaux sur les maladies mentales sont si nombreux qu'il serait abusif d'en dire la liste complète. En 1877, sa carrière d'aliéniste s'annonçait déjà pleine de promesses dans sa thèse de doctorat sur *Les idées de grandeur dans le délire des persécutions*.

Depuis cette époque il publia différents ouvrages, dont plusieurs furent couronnés par l'Académie de médecine et par l'Institut: *Des vertiges avec délire* (1883) ; — *La folie à Paris : étude statistique, clinique et médico-légale* (1890) ; — *Les fétichistes : pervertis et invertis sexuels* (1896) ; — *Internement des aliénés : Thérapeutique et Législation* (1898) ; — *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses* (1901). Parmi ses publications dans les périodiques rappelons encore : *Hypnotisme et folie* (1886) ; — *Délire chronique, psychose systématique progressive* (1886) ; — *L'automatisme somnambulique devant les tribunaux* (1887) ; — *La simulation de la folie et la loi sur la rélégation*((1888); — *Aphasie et folie* (1889); — *Le suicide à deux* (1891) ; — *La monomanie homicide* (1891); — *Ataxie locomotrice et folie simulée* (1896) ; — *Le sadifétichisme* (1900) ; — *L'alitement dans les maladies mentales et nerveuses* (1900) ; — *Séméiologie et traitement des idées de sui-*

cide (1900) ;— *Les hystériques accusatrices* (1904) ; —*Les amnésies* (1905), etc. — Paul Garnier prit une part active à de nombreux congrès, soit en France, soit à l'étranger, et il y apporta chaque fois des idées neuves ou des faits nouveaux sur différentes questions de médecine mentale, de médecine légale et d'anthropologie criminelle : *Dégénérescence mentale et simulation de la folie* (1889); — *La progression corrélative de la folie alcoolique, et de la paralysie générale* (1889); — *Le criminel instinctif et les droits de la défense sociale* (1889) ; — *La contagion et l'obsession du meurtre* (1892) ; — *La mentalité de certaines unités composantes des foules criminelles* (1892); — *Alcoolisme et criminalité* (1900) ; — *La criminalité juvénile* (1900), etc. Enfin le docteur Garnier appartenait encore, comme membre titulaire ou correspondant, à de nombreuses sociétés scientifiques : membre de la *Société de médecine légale* depuis 1887, il avait été président de la *Société médico-psychologique* en 1897. On l'avait promu en 1893 au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Il eût été regrettable que la jeunesse médicale fût privée de l'enseignement spécial d'un tel maître. Le docteur Garnier fut chargé par la Faculté d'un cours de médecine légale psychiatrique. Depuis plusieurs années, ce cours réunissait chaque semaine un nombre toujours croissant d'étudiants et de médecins, qui se pressaient en foule et s'entassaient au petit bonheur, les uns assis, les autres debout, quelques-uns même juchés, dans un local toujours trop étroit pour les contenir tous. La création récente de l'Institut médico-légal, en rendant obligatoire l'étude de la psychiatrie pour l'obtention du titre d'expert, augmentait encore la pléthore, si bien qu'à l'une des dernières séances, on ne put recevoir qu'une moitié des personnes inscrites. Le succès du conférencier n'était pas au-dessus de son mérite: Garnier était doué de façon merveilleuse pour l'enseignement

libre. Il épargnait à ses auditeurs la discussion fastidieuse des problèmes transcendants ou trop incertains, et il leur épargnait aussi — chose plus rare encore — l'ennui des notions trop élémentaires. Dégagé de tout esprit de parti, faisant bon marché d'une nosographie qu'il jugeait encore dans l'enfance, il allait de fleur en fleur, au hasard du jour, en dilettante amoureux de son art. L'intérêt quasi-dramatique qu'il savait donner à l'examen public des malades devait attirer les professionnels autant que les novices, et, pour assister aux leçons de choses qu'il présentait sous des couleurs aussi brillantes que variées, les agrégés eux-mêmes ne craignaient point de faire galerie. Et puis l'on aimait son humeur enjouée, ses allusions pleines de finesse et ses saillies toujours spirituelles : c'était un diseur aimable, et l'on savait qu'en venant l'écouter, on trouverait à se distraire autant qu'à s'instruire.

Peut-on le constater sans quelque surprise : cet homme qui n'appartenait pas au monde officiel de la faculté ni des hôpitaux, et qui ne pouvait être, ce qu'on appelle en langage de cour un « patron », cet homme trouvait à ses côtés presque journellement quelques-uns de ses anciens élèves. Ceux-là ne venaient point faire parade dans un hémicycle, ni se placer en montre aux premiers gradins d'un amphithéâtre, par convenance ou par intérêt : ils étaient là par curiosité sincère et affection vraie ; ils étaient là parce que le maître était un charmeur doublé d'un ami, et ils n'attendaient de lui rien autre chose que la conservation de son charme et de son amitié.

C'est dans la plénitude de sa force morale et physique que Paul Garnier vient d'achever prématurément une carrière de gloire, et l'on peut dire de bonheur. Ayant négligé de s'engager dans l'ingrate filière qui conduit par degrés jusqu'aux échelons supérieurs de l'aristocratie médicale, il s'était haussé d'un seul coup et par son seul mérite au niveau des maîtres de la scien-

ce. N'ayant jamais souffert de la lutte épuisante des concours, il avait ignoré les attentes fiévreuses, les déboires amers. Mais il avait dépensé sa grande énergie pour un travail moins stérile. Il avait connu les délices d'un labeur sans contrainte, et, sans qu'aucune épreuve arbitraire eût gêné la liberté de ses efforts, il avait gagné la célébrité en suivant la voie des indépendants.

La mort elle-même s'est montrée clémente, au terme d'une vie que pas un nuage n'obscurcit, laissant à l'écart son cortège de souffrances, elle a frappé d'emblée son coup décisif. Son œuvre aussi rapide qu'inattendue n'en est pas moins cruelle pour les amis de notre excellent maître, et l'image du docteur Garnier demeure empreinte d'innombrables regrets dans le souvenir de ceux qui l'ont connu et apprécié dans la vie.

D[r] DROMARD.

Mort et obsèques du Dr Paul Garnier

Lorsque, dans la journée du 18 mars dernier, fut connue la mort inopinée du docteur Paul GARNIER, survenue subitement la veille au soir, il y eut, dans le vaste milieu judiciaire, médical et administratif que lui avaient ouvert sa claire intelligence et ses exceptionnelles qualités scientifiques, une explosion générale de surprise, de douloureuse et de sincère sympathie. Cette mort, qui attéra les amis du maître disparu, avait un caractère particulièrement pénible, car par une fatalité cruelle, la compagne aimée de toute sa vie, que Garnier avait quittée quelques jours auparavant en pleine santé, se trouvait absente de Paris. Il fallut donc attendre son retour pour prendre les dispositions qu'exigeait la situation. Mais, dans l'intervalle, amis et élèves se succédèrent auprès du mort bien aimé et firent tour à tour la veillée des adieux. Ayant su s'attirer des dévouements réels, Garnier les a retrouvés après sa mort, et ses funérailles, dont une partie seulement se déroula à Paris, ont revêtu un caractère de dignité simple et de tou-

chante tristesse. Non seulement les Sociétés scientifiques dont Garnier faisait partie étaient représentées par des maîtres éminents, mais aussi la Préfecture de Police avait tenu à donner un suprême témoignage d'estime et de regrets à celui qu'elle avait eu, pendant tant d'années, pour collaborateur dévoué dans la direction si lourde de l'infirmerie spéciale, M. le Préfet a voulu conduire le deuil. Puis, lorsque fut arrivé le moment de la définitive séparation ; lorsque le cortège eut atteint la gare d'Orléans, par laquelle Garnier devait être emmené sur les bords de la Loire, au lieu de son éternel repos, M. Motet, Président de la *Société de Médecine légale de France*, M. le Professeur Brouardel, ancien Doyen de la Faculté de médecine, M. Ritti, secrétaire général de la *Société Médico-Psychologique*, M. Laurent, secrétaire général de la Préfecture de Police, au nom de M. Lépine, empêché, et M. Legras, représentant du personnel de l'Infirmerie spéciale, l'ami dévoué de vingt années, tous vinrent successivement, dans un langage élevé et ému, dire un dernier adieu à Garnier en faisant connaître son existence, composée d'un labeur incessant, en mettant en relief son éminente sagacité scientifique, en rappelant tout le dévouement qu'il apportait dans ses amitiés, et la bonté qu'il accordait aux déshérités du sort, que ses fonctions de médecin en chef et d'expert, faisaient quotidiennement passer devant lui. Garnier n'a pas eu la douleur d'assister à son amoindrissement physique, à sa propre déchéance, incident souvent ultime de la maladie. Il a été frappé debout, comme par un coup de foudre : il a passé de vie à trépas sans s'en apercevoir. Et si cette constatation peut être un adoucissement à leur affliction, ses amis ont eu en même temps la satisfaction attendrie de voir les plus humbles parmi ses anciens malades joindre le témoignage de leurs regrets à celui des hautes personnalités qui ont entouré ses funérailles. Aussi, ceux qui ont affectionné celui qui n'est plus ont

estimé digne de Garnier de perpétuer son souvenir, en recueillant les discours prononcés autour de son cercueil, afin d'en faire hommage à l'épouse dont l'affection illimitée l'avait toujours encouragé et aidé à supporter les déconvenues de la vie.

Discours de M. Motet, président de la Société de Médecine légale de France.

Messieurs,

Au nom de la *Société de Médecine légale de France*, je salue le Collègue profondément regretté que la mort vient de nous enlever d'une manière si brusque, si imprévue.

Garnier disparaît en pleine activité, en plein travail, laissant inachevées des œuvres dans lesquelles il se proposait de faire connaître les résultats de sa pratique médico-légale singulièrement instructive. Hélas ! c'est le sort de ces travaux, tous personnels, de ces documents patiemment amassés pour être utilisés un jour par l'esprit qui les avait classés, de ne pouvoir plus donner tout ce que nous étions en droit d'en attendre.

Nos regrets sont d'autant plus amers que nous savons mieux quel fut le prodigieux effort de Garnier. Depuis plus de 25 ans, il a été le travailleur infatigable qui s'élève, échelon par échelon, à la haute situation à laquelle il était arrivé. A l'Ecole de Lasègue, il avait pris des habitudes d'observation sévère, et il avait reçu de ce maître incomparable des leçons qui restèrent le guide le plus sûr de sa carrière de Médecin légiste. Il s'en souvenait avec reconnaissance ; c'est à elles qu'il a dû la maturité de son jugement et la sûreté de ses appréciations dans les délicates et difficiles expertises qui lui furent confiées.

Mais aussi, Messieurs, combien lui furent utiles les enseignements de cette admirable clinique qu'est l'Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de Police. Voir chaque jour passer devant soi des aliénés atteints des formes aiguës ou chroniques des maladies mentales sous leurs aspects les plus variés, se trouver aux prises avec les difficultés d'un diagnostic que, souvent, bien peu de

renseignements éclairent. C'est là une tâche d'autant plus redoutable, d'autant plus ardue, qu'il y a une décision à prendre, une mesure grave à indiquer et dont l'opportunité est parfois discutée avec plus de passion et de parti pris qu'avec la juste appréciation des intérêts d'un malade souvent dangereux, incapable de jouir sagement de la liberté qu'il réclame ou qu'on réclame pour lui. — Garnier, médecin en chef de cet important service depuis 1886, a rempli ses fonctions avec un tact, une prudence, une sagacité qui justifiaient la confiance que l'administration avait en ses lumières et dans la sûreté de ses jugements.

Il apportait le même soin dans ses expertises médico-légales, et les magistrats accueillaient ses avis avec une faveur méritée. Le nombre de ses rapports est considérable; ils sont remarquables par la précision avec laquelle il étudiait le malade, les faits, et par la clarté qu'il savait mettre dans ses conclusions. Ce furent ces qualités qui le signalèrent à votre choix, lorsqu'en 1887 il posa sa candidature à la Société de Médecine légale de France. Il nous communiqua de nombreux travaux, il prit à nos discussions une part des plus actives, et se distingua dans les Commissions par son esprit très ouvert, par son jugement très sûr, mûri d'ailleurs par une vaste expérience. Il fut pour nous le collègue le plus utile, et aussi le plus estimé. Nous pouvions attendre beaucoup encore de lui, dont l'œuvre était déjà considérable. Nous nous souvenons de l'honneur que nous apportaient ses succès dans les Congrès scientifiques, aussi bien chez nous qu'à l'étranger. Les questions qu'il y traita eurent parfois une haute portée sociale, qu'il s'agît de l'alcoolisme, des perversions morales, de la criminalité juvénile, ou de la législation sur les aliénés.

Aussi, Messieurs, est-ce avec un sentiment de profonde tristesse que la Société de Médecine légale de France apporte à cet homme laborieux le témoignage de l'estime en laquelle le tenaient tous ses Collègues, l'expression sincèrement émue de ses regrets.

Elle adresse à Madame Garnier ses plus respectueuses condoléances, et elle la prie de lui permettre de s'associer à sa douleur.

Discours de M. le professeur Brouardel.

Messieurs,

Au nom de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, j'adresse au Dr Paul Garnier un dernier adieu. La mort, en nous enlevant Garnier, n'a pas seulement ravi au foyer conjugal et à ses amis un homme excellent, elle a, par un coup imprévu, privé l'Institut médico-légal d'un éminent collaborateur.

Pendant plus de vingt ans, le Dr Paul Garnier a occupé, comme médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police, une place à laquelle le prédestinaient les qualités de son esprit et de son caractère, la finesse et la distinction de son intelligence, la prudence et la sûreté de son jugement. Grâce à ces mérites si rarement réunis, grâce à sa bonté, à son aménité, Paul Garnier a rempli pendant une vingtaine d'années la mission la plus délicate qu'un médecin puisse assumer. Il a réalisé ce prodige de traverser toutes les difficultés, de résoudre quotidiennement tous les problèmes, sans qu'on puisse relever une faute ou une erreur au cours de sa belle carrière.

Paul Garnier, Messieurs, était vraiment l'homme de la situation qu'il occupait, et, en lui, la fonction avait trouvé son organe. Aussi avait-il conquis depuis longtemps, en médecine légale psychiatrique, une autorité et une réputation européennes. Sans rappeler les titres scientifiques de Paul Garnier, je puis dire que, par l'ensemble de ses travaux sur les folies urbaines, l'alcoolisme, la criminalité, les perversions sexuelles, Garnier s'est montré le digne successeur des maîtres qui l'avaient précédé, Lasègue et Legrand du Saulle.

Depuis quelques années, grâce à un accord établi entre la Faculté de médecine et la Préfecture de Police, Paul Garnier avait ouvert à un auditoire de docteurs et d'étudiants les portes de son service et avait fait bénéficier l'enseignement des richesses d'observations que renferme le foyer de l'Infirmerie spéciale. Lorsque fut créé l'Institut de médecine légale, le maître, l'organisation, étaient prêts.

Ce que fut l'enseignement de Paul Garnier, je ne le rappellerai pas aux élèves qui m'entourent; hier encore, vous l'écoutiez et entendiez la parole de ce médecin, qui avait dans son langage l'élégance d'un lettré et la précision d'un juriste.

La mort a fermé cette bouche d'un coup brutal, au moment où nous comptions faire profiter les jeunes docteurs de cette expérience si longuement acquise. La mort a été cruelle pour nous ; elle a été clémente pour lui, elle lui a épargné la souffrance.

Messieurs, l'Institut médico-légal conservera précieusement la mémoire d'un homme qui possédait à un si haut degré les qualités de l'aliéniste et du médecin légiste. Il survivra dans la mémoire de ses élèves ; ainsi se continuera l'œuvre d'éducation à laquelle il avait donné toute son ardeur.

Madame, au nom de l'Institut médico-légal en deuil, veuillez accepter l'hommage de notre profonde sympathie et de notre reconnaissance pour celui que nous pleurons avec vous.

Discours de M. Ant. Ritti au nom de la Société Médico-psychologique.

C'est avec une véritable stupéfaction que nous avons appris la nouvelle de la mort soudaine de notre savant et estimé collègue, Nous ne voulions pas y croire ; cependant il fallut bien se rendre à l'évidence : cette belle intelligence, toujours en éveil, s'était éteinte subitement, comme par un coup de foudre, alors que sa tâche était loin d'être terminée, que l'heure du repos n'avait pas encore sonné.

La Société médico-psychologique, dont je suis ici l'interprète désolé, perd en Paul Garnier un de ses membres les plus distingués, un de ceux qui lui font le plus d'honneur par l'étendue de ses connaissances, l'aménité de son caractère, l'honorabilité de sa vie, et surtout par l'idée très élevée qu'il s'était faite de ses devoirs professionnels.

Elu membre titulaire de notre compagnie en juillet 1881, sous les auspices de maîtres tels que le professeur Lasègue, les Drs Legrand du Saulle et Magnan, il fut ap-

pelé, quelques mois après, aux délicates fonctions de secrétaire chargé de la rédaction des comptes rendus des séances. Avec quel dévouement, quelle conscience, quelle exactitude, il remplit cette tâche difficile, on peut s'en rendre compte en consultant les nombreux procès-verbaux qu'il rédigea pendant plus de dix ans, alternativement avec notre excellent collègue, le D[r] Charpentier. Sous sa plume facile, nos discussions, parfois un peu confuses, gagnaient en précision et en élégance, sans rien perdre de leur vérité.

La Société médico-psychologique, reconnaissante des services rendus par son zélé secrétaire des séances, l'appela, en 1897, à présider ses travaux. Nous n'avons pas oublié le discours que Paul Garnier prononça en prenant possession du fauteuil présidentiel. Nous l'y trouvons tout entier, avec ce tact et cette mesure qui le caractérisaient, avec cet ardent amour du progrès, ce souci constant du mieux, dont il avait la préoccupation. Il ne craignait pas les discussions « un peu vives, ardentes même », il les désirait, au contraire, parce qu'elles appellent, disait-il, « d'une séance à l'autre, ces répliques où les esprits peuvent s'échauffer parfois, se passionner quelque peu, mais où la vérité scientifique finit, en dernière analyse, par se faire jour, pour projeter une clarté nouvelle sur les recherches qui nous sont chères. » Notre président avait raison : les discussions passionnées ne sont pas à redouter, car de leur choc naît la lumière ; mais il savait intervenir à propos lorsque, dans la chaleur du débat, on abandonnait le terrain de la science pour s'aventurer sur celui des personnalités : avec un tact exquis et un tour de main d'une rare habileté, il ramenait à la question sans qu'il y eût de part ni d'autre aucun froissement.

Les nombreuses discussions auxquelles prit part notre regretté collègue sont encore présentes à votre esprit. Nous ne saurions oublier qu'il provoqua, par des rapports d'une clarté parfaite, les remarquables débats sur le délire chronique, sur la classification des maladies mentales, sur les signes physiques, intellectuels et moraux des folies héréditaires, sur d'autres points encore de la médecine mentale qu'il serait trop long d'énumérer. Jamais il ne prenait la parole que pour faire des observa-

tions frappées au coin du bon sens, résultant d'une connaissance approfondie des malades.

Paul Garnier était, en effet, un clinicien d'une rare sagacité ; ses qualités naturelles d'observateur, il les avait développées au contact de maîtres éminents. Auprès de Lasègue, de Legrand du Saulle et de M. Magnan, il acquit cette sûreté et cette rapidité de coup d'œil, si nécessaire dans les fonctions difficiles et délicates qu'il était appelé à occuper et qu'il remplit pendant près de vingt ans à la satisfaction générale.

Ces fonctions de médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de Dépôt de la Préfecture de police, celles de médecin expert près les tribunaux, les unes et les autres très absorbantes, ne permettaient plus que très rarement, dans ces derniers temps, à notre collègue d'assister à nos séances ; nous le regrettions. Son concours nous était précieux; on faisait volontiers appel à son savoir étendu, à sa vaste expérience.

L'œuvre scientifique de Paul Garnier est considérable. Depuis l'année 1877, où il soutint sa thèse si remarquée sur les idées de grandeur dans le délire de persécution, il n'a cessé d'apporter d'importantes contributions à la connaissance des diverses formes de la folie. Est-il nécessaire de rappeler ici son savant mémoire sur les vertiges avec délire, qui fut couronné par l'Académie de médecine ; ses recherches sur la coexistence d'un double délire chez le même sujet ; son mémoire sur l'aphasie et la folie ? Mais c'est surtout dans le champ de la médecine légale qu'il a abondamment moissonné. Tous, nous lisions avec le plus vif intérêt les importants travaux que lui inspiraient ses nombreuses expertises médico-légales, et nous en tirions de sérieux profits. Nous savions, en effet, avec quelle intelligence clinique, avec quel souci de la vérité, il examinait les malheureux dont le sort était en quelque sorte remis entre ses mains. C'est qu'il avait la conscience nette et profonde de l'immense responsabilité qui incombe au médecin-expert en aliénation mentale ; son rôle, plein de périls et de difficultés, exige, pour être rempli dignement, une grande expérience et beaucoup de circonspection,

Ces qualités, nous les constatons dans tous les travaux

de médecine légale publiés par notre savant collègue. On nous permettra, toutefois, de signaler d'une façon spéciale son mémoire si prudent et si pondéré sur l'automatisme somnambulique devant les tribunaux ; celui, si instructif et qui fut très goûté, sur la simulation de la folie et la loi sur la relégation ; son livre, si suggestif, sur les fétichistes pervertis et invertis sexuels, qui fut couronné par l'Académie de médecine ; enfin, son remarquable rapport sur les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. Ce rapport, dont il fut chargé pour la section de Psychiatrie du Congrès international de médecine de 1900, obtint le plus légitime succès ; ses conclusions furent unanimement approuvées par les nombreux médecins aliénistes français et étrangers, venus à Paris pour assister à cette grande réunion scientifique.

L'étude de la folie ne saurait se cantonner dans l'exclusif examen clinique ou médico-légal de l'aliéné ; elle soulève trop de problèmes sociaux et prophylactiques dont la solution s'impose aux constantes méditations du médecin aliéniste. Paul Garnier n'a pas hésité à aborder les plus importants d'entre eux : les ouvrages qu'il leur a consacrés méritent une place d'honneur dans notre littérature spéciale, pour la clarté et l'agrément du style comme pour la richesse de la documentation, pour l'élévation des idées, autant que pour le grand sens pratique qui s'y révèle.

Son livre, la *Folie à Paris*, restera. Il nous montre, à l'aide de statistiques exactes et prises à bonne source, la terrible maladie devenant, d'année en année, plus envahissante, par suite, surtout, du développement de l'alcoolisme. En attendant le jour où l'on se décidera, pour diminuer le mal, à appliquer les moyens prophylactiques que le médecin aliéniste connaît bien, mais qu'il n'est pas en son pouvoir d'appliquer, il ne saurait mieux faire que de rechercher avec soin les procédés thérapeutiques les meilleurs pour améliorer le sort des malheureux confiés à ses soins. Ces procédés, Paul Garnier les a étudiés excellemment dans son ouvrage sur l'internement des aliénés, et dans son *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*. Dans l'un comme dans l'autre de

ces deux volumes, se trouve toujours la note juste, si bien exprimée dans ces quelques lignes : « Les illusions thérapeutiques sont non moins dangereuses que ce scepticisme décourageant qui, en médisant trop du présent et de ses incertitudes, tend à stériliser l'avenir. Si la part de bien que peut réaliser le médecin est trop restreinte encore pour que tout enthousiasme ne lui soit pas interdit, elle est pourtant assez importante pour l'encourager et lui inspirer une foi profonde en l'utilité de sa mission. »

L'idée si élevée qu'il s'était ainsi faite du rôle du médecin, notre collègue s'est appliqué à la réaliser. Il apportait dans l'accomplissement de ses fonctions tout son zèle, mais aussi tout son cœur. Bon et affable à tous, il dépensait le meilleur de lui-même pour les infortunés si nombreux qui, tous les jours, étaient soumis à son examen.

Toutes ces belles qualités qui avaient gagné à notre collègue, notre estime et notre affection, furent anéanties en un clin d'œil ; l'inexorable mort l'enlevait brusquement, en pleine force, en pleine activité intellectuelle, à l'âge où lui étaient encore permis « les longs espoirs et les vastes pensées ».

Au nom de la Société médico-psychologique que vous avez honorée par vos travaux et par votre existence si digne et si bien remplie, je vous adresse, cher collègue, les suprêmes adieux. Puissent ces témoignages d'affectueuse sympathie porter quelque adoucissement à la douleur déchirante de la compagne de notre vie, à son amer regret de n'avoir pu recevoir avec votre dernier regard un dernier adieu.

Discours de M. Legras, premier Médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale.

Cher Maître,

Au moment de votre départ pour Cour, où vous allez dormir votre dernier sommeil, près des bords de la Loire dont les méandres majestueux vous plongeaient dans un ravissement jamais assouvi, au nom du personnel de l'Infirmerie spéciale, je vous apporte l'expression de ses douloureux sentiments en témoignage de son attache-

ment et de sa tristesse ; et pour ma part, qu'il me soit permis d'exprimer toute l'affliction que j'éprouve à la suite du brutal évanouissement d'une collaboration qui date de près de vingt années, et au cours de laquelle je n'ai jamais senti la main du chef incontesté, tandis qu'au contraire, j'ai reçu de vous dans nombre de circonstances, quelquefois pénibles, des preuves d'une amitié cordiale dont je garde une inaltérable reconnaissance.

Cruelle ironie du Destin ! c'est alors que Garnier commençait à recueillir le fruit des luttes laborieuses et difficiles soutenues avec une inlassable persévérance et une habile diplomatie, afin de mettre en lumière les richesses scientifiques qui journellement passent par l'Infirmerie spéciale ; c'est alors qu'il voyait ses leçons accompagnées d'un légitime succès, que la maladie éclatant, comme un coup de foudre, l'a terrassé pour toujours.

Garnier avait une intelligence très vive et très ouverte, faite de clarté. Il avait rencontré au début da sa carrière médicale, à Paris, deux maître illustres : Magnan et Lasègue dont il fut d'abord l'élève et dont il devint l'ami dévoué. C'est sous leur direction qu'il apprit à n'accepter que les faits confirmés par la clinique. Comme il le répétait sans cesse à ses auditeurs de l'Infirmerie spéciale : « En médecine il faut toujours en revenir à la clinique qui seule juge les théories », et c'est imbu de ce principe salutaire que Garnier, pendant les Congrès scientifiques, descendait dans la lice, et sortait vainqueur des tournois qui s'y livraient. Il était doué d'un flair médical qui lui permettait de surmonter les difficultés d'un diagnostic en apparence irréalisable. Il fallait le voir à l'Infirmerie spéciale pendant sa visite quotidienne, lorsqu'il se trouvait en présence d'un de ces cas obscurs qui y abondent. Il fallait voir avec quelle dextérité clinique, il savait écarter les broussailles qui encombraient le chemin à parcourir, atteindre au but visé, et résumer alors dans une formule concise, composée par deux mots associés, ou bien dans un néologisme heureux toute la caractéristique de la maladie.

Et pourtant, malgré sa longue et profonde habitude de la clientèle qui fréquente l'Infirmerie spéciale, Garnier était contraint parfois de reconnaître qu'il lui était impos-

sible de solutionner tel problème médical que le hasard avait fait surgir devant lui.

C'est qu'à cette Infirmerie qui est comme le Pandemonium des misères humaines et des turpitudes sociales, réelles ou feintes, la pratique de la médecine y revêt une allure toute particulière qui n'existe que là, qui ne s'improvise pas, et qui exige un long apprentissage. C'est ce que n'ignorent pas ceux qui suivaient les visites de Garnier. Le malade s'y présente sous un aspect vierge de toute influence étrangère quelle qu'elle soit : il se laisse voir dans toute sa magnificence morbide, et observé aujourd'hui à l'Infirmerie spéciale, il apparaîtra le lendemain sous un aspect tout différent dans l'établissement hospitalier qui l'aura accueilli. C'est ce qu'a exprimé, sous une forme pittoresque, un des maîtres les plus affectionnés de Garnier, en disant : « A l'Infirmerie spéciale les malades y arrivent tout chauds. » Mais celle-ci ne reçoit pas uniquement des individualités déchues mentalement ; on y amène aussi journellement des personnes qui ont subi seulement une secousse morale à répercussion éphémère, et pour lesquelles quelques consolations opportunément données leur apportent du réconfort et les ragaillardissent en les relevant à leurs propres yeux. C'est pourquoi à l'Infirmerie spéciale, le médecin doit pouvoir sortir de son rôle habituel, et se doubler à l'occasion d'un psychologue et d'une indulgente compassion.

Garnier possédait à un haut degré cette précieuse faculté, sachant être tour à tour fin clinicien, psychologue perspicace, et obéir aux lois de l'humanité.

A l'Infirmerie spéciale, cher maître, vous ne disparaissez pas complètement ; il y reste quelque chose de vous et de votre esprit ; vous vous y survivez, car vos successeurs se heurteront à des difficultés cliniques qui vous feront apparaître à leurs yeux, qui évoqueront votre souvenir, et celui-ci, entouré d'une auréole bienfaisante, planera toujours dans cette Infirmerie spéciale que vous avez tant aimée.

Au revoir, cher maître, dans ce monde inconnu où, comme l'a dit le poète, pour toujours nous nous réunissons.

Allocution de M. E. Laurent, secrétaire général de la Préfecture de police.

Mesdames,
Messieurs,

Après l'hommage des maîtres et des collaborateurs, vous attendez l'acte de reconnaissance que je viens remplir au nom de M. le Préfet de Police qui n'a pu, à son grand regret, accompagner jusqu'à ce moment le cortège funèbre et qui m'a délégué l'honneur d'adresser son salut ému à la dépouille mortelle deM. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, et de répéter que, pendant vingt-deux années d'un labeur ininterrompu, son regretté collaborateur a mis toute sa conscience, toute son âme et toute la bonté de son cœur, à exercer la mission protectrice et secourable dont il avait assumé la lourde charge.

Premier médecin adjoint de l'Infirmerie du Dépôt en 1883, après de laborieuses suppléances, médecin en chef de ce grand service depuis le 17 juillet 1886, M. le Docteur Paul Garnier s'est inspiré des enseignements des anciens chefs, M. le docteur Lassègue et M. le docteur Legrand du Saulle, dont le souvenir est resté si vivant, pour continuer leur œuvre et mériter d'être proclamé véritablement leur successeur. Il s'enorgueillissait à juste titre d'avoir été appelé à occuper une place qu'ils avaient faite si grande : « N'est-ce pas à eux, écrivait-il, le jour de sa nomination, que je dois attribuer la faveur dont je suis aujourd'hui l'objet, et ne convient-il pas que je la considère comme un hommage de plus rendu à leur mémoire ? »

Nous aimions à le suivre dans toute l'activité de sa tâche, l'attention toujours en éveil, la physionomie éclairée le plus souvent d'un sourire, sans doute pour corriger ou dissimuler plus d'une tristesse, l'œil toujours vigilant et exercé à déchiffrer les plus douloureuses énigmes.

Il possédait bien toute la science qui discerne et il savait à un haut degré, dans la précision de son diagnostic, émettre avec certitude des avis que le Préfet de

Police accueillait avec une confiance que nul incident n'est venu ébranler pendant une aussi longue période d'années.

La liste est longue des pauvres malades — les plus intéressants de tous parce qu'ils sont le plus souvent sans défense, — qu'il faut conduire à l'Infirmerie spéciale. Ils y trouvent une protection tutélaire : placés en observation, à distance de l'Asile vers lequel ils ne seront dirigés que si, après un examen de quelques heures ou de quelques jours, ils sont reconnus aliénés et dangereux, ils trouvent dans le médecin en chef et dans ses adjoints, secondés par des internes et par un personnel dévoués, l'aide et l'assistance dont ils ont besoin pour franchir cette étape décisive. Le Préfet de Police, sur l'avis de M. le docteur Paul Garnier, a rendu annuellement vingt, sur cent, de ces malheureux à leur famille ; la charité de l'excellent docteur savait trouver les paroles d'espoir qu'il faut dire,pourpersuader à ceux qui devaient partir vers l'Asile, que l'épreuve ne serait pas longue et que les meilleurs soins viendraient promptement à bout des pires souffrances.

Il laisse de nombreux élèves qu'il s'attachait par une extrême bienveillance aussi bien que par la sûreté et l'intérêt de son enseignement, et qui s'inspireront de sa méthode d'observation.

Ainsi s'accomplissait dans la régularité d'une action attentive aux plus chers intérêts des familles et de la Société, l'œuvre d'un chef de service qui est, pour le Préfet de Police, le collaborateur dont les avis ont les plus décisives conséquences. Sa tâche était délicate entre toutes ; il l'assumait avec l'autorité de son savoir, affirmant résolûment et démontrant avec l'expérience de sa pratique consciencieuse que la loi de 1838 a bien fait de confier à l'autorité administrative, qu'il appelait l'autorité responsable, la mesure de l'internement, sous le contrôle judiciaire. « Ce n'est pas une loi à détruire, écrivait-il ; c'est une loi à compléter », et il la montrait protectrice de l'intérêt public dans son application que l'action administrative fait prompte, soucieuse de l'intérêt privé dans le contrôle qu'elle confie incessant à la Justice en l'investissant du de-

voir d'examiner d'office chaque internement et de se prononcer sans délai sur les recours qui émanent, à quelque époque que ce soit, de toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, ou de tout parent ou ami qui prend ses fait et cause.

La responsabilité qui résultait de la sanction donnée à ses avis, le Chef chargé de statuer, l'acceptait délibérément, dans ces heures si souvent troublantes où il faut mettre en balance la crainte d'un danger pour la Société et le souci de prescrire d'office l'internement d'un malade : c'est que M. le Docteur Garnier savait faire la part de toutes les considérations qui font la sauvegarde de la Société aussi bien que du malheureux dont le sort lui était momentanément confié, et que l'on ne pouvait mettre en doute ni la sûreté de son observation, ni ses sentiments de compassion pour les misères dont il avait à sonder les origines et les conséquences.

Aux souvenirs que j'invoque, vous sentez toute la vivacité de nos regrets et de notre peine. Je les exprime respectueusement à celle qu'il laisse atterrée d'un malheur si brusque. Ils sont la cordiale attestation de tout le mérite d'une existence qui a été consacrée au travail et à l'accomplissement du devoir professionnel. Notre hommage se confond avec notre émotion ; je la ressens profonde en saluant une dernière fois, au nom de M. le Préfet de Police, ce cercueil qui va si tristement partir vers une tombe qui sera bien loin de nous.

John Sibbald.

Nous apprenons la mort de sir John Sibbald, à l'âge de 72 ans, inspecteur général de l'assistance en Ecosse. Mis en retraite à cause de son âge, en 1889, après vingt et un ans de service, sir John était resté très actif, s'adonnant aux travaux scientifiques. Il y a quelques mois, sir John Sibbald a contracté une maladie grave du larynx, il était un des premiers à constater qu'il n'y avait pas d'espoir de guérison. Jusqu'aux derniers moments, il a conservé toutes ses facultés mentales, s'intéressant à tout ce à quoi il a pieusement consacré sa vie de labeur. Il y a quelques semaines, il pouvait encore sortir dehors, mais tout dernièrement il a été obligé de garder la chambre ; il est mort paisiblement hier matin.

Né à Edimbourg en 1833, il a reçu l'instruction des plus complètes à Mercheston Castle School et à l'Université d'Edimbourg, ayant pris son doctorat en médecine en 1854. Etant étudiant, il a été président de la Société Royale de médecine. Il a été le premier médecin de l'hôpital de Perth ayant fait l'expérience de la médecine générale privée, ayant étudié dans les meilleurs hôpitaux, auprès de maîtres de Paris.

Sir John Sibbald a écrit beaucoup dans le Journal *The Lancet*. Il s'est consacré à l'étude de la médecine mentale par inclination naturelle, et pendant plusieurs années il a été médecin-adjoint à Morningside. Il a été ensuite à Berlin étudier auprès du professeur de grande autorité, Griesinger, duquel il a reçu les idées directrices qu'il a conservées toute sa vie : à savoir que les maladies mentales font partie des maladies générales du système nerveux, et, par conséquent, ne peuvent pas être traitées en dehors de celles-là. En 1862, il est nommé médecin en chef de Argyll Asylum, et c'est là que sir John a adapté ses idées avancées.

Il a été le premier à abolir l'emploi des Airing courts, de petits endroits étroits avec de grands murs où l'on renfermait les malades pour la plus grande partie de la journée. Tous les asiles d'Ecosse ont suivi cet exemple ; l'Angleterre entière a adopté ensuite ce sage principe. Le résultat de cette suppression était l'amélioration de la santé physique des aliénés, qui ne souffrent plus tant de la tuberculose et sont plus faciles à garder. Sir John Sibbald a lutté aussi pour l'occupation des malades par le travail dans l'asile.

En 1870, il a été nommé *Deputy commissioner in Lunacy et inspecteur en* 1878. En cette qualité, il avait une grande expérience du traitement familial des malades tranquilles et doux, aliénés ou imbéciles, organisé par sir Arthur Mitchell.

Un de ses traits frappants, c'était les façons extraordinairement consciencieuses et profondes avec lesquelles il s'acquittait de ses devoirs. Ayant succédé à sir James Coxe, en qualité d'inspecteur général, il a usé de tout son pouvoir et de son influence en faveur du progrès dans l'amélioration de la situation des aliénés. Par sa douce et persistante ténacité, il a acquis un grand ascendant parmi les médecins et comités des asiles d'Ecosse et des Boards of Lunacy.

Tout ce qu'écrivait sir John jouissait d'une grande considération, ayant une valeur indiscutable. Son petit travail : « Insanity in its public aspects », était le résultat de sa grande expérience de commissioner et de médecin d'asile. Il a été rédacteur consciencieux du *Journal of mental Science*. Son travail, présenté à la Société Royale de statistique, sur les suicides en Angleterre et en Ecosse, a jeté une nouvelle lumière sur ce sujet et a attiré

depuis une grande attention. Sir John attaquait l'opinion courante que les suicides augmentaient. Son explication des statistiques récentes semblait prouver que l'accroissement des suicides était inventé et suggéré. En 1877, il publiait ses travaux dans les « Morison Lectures of Insanity » au Royal collège des médecins ; ses travaux comprenaient les instructions cliniques sur l'aliénation mentale, Gheel at Cottages asylums, Lunacy administration à Berlin et en Ecosse, et les Plans d'un asile moderne.

Il meurt sans avoir eu la satisfaction d'inaugurer l'asile-village d'Aberdeen, établissement qui fut son œuvre et représente le type le plus nouveau du genre. Sir John avait participé personnellement au développement de l'Assistance familiale française pour les aliénés. Il était venu passer à Dun-sur-Auron, auprès du Dr A. Marie, plusieurs semaines pour suivre les créations nouvelles du département de la Seine. Personnellement lié avec le Dr Bouchereau, qu'il avait reçu en Ecosse avec Foville et la Commission sénatoriale, il avait guidé avec une amabilité inoubliable les missions françaises successives qui étudièrent la colonisation familiale écossaise.

C'est ainsi qu'il reçut le Dr A. Marie, de Villejuif, en 1890 ; la commission du Conseil général et le Dr Toulouse en 1893. Organisateur des congrès d'assistance familiale, il présida une partie des séances de 1901, tenues au Musée social. Il a créé, avec MM. Clouston, Mac Pherson et Batty Tuke, le premier service ouvert d'hôpital pour maladies mentales à l'Infirmerie Royale d'Edimbourg.

Le troisième Congrès d'assistance familiale d'Edimbourg, en septembre 1904, réunit une dernière fois, sous sa présidence, les adeptes de son idée venus des principaux pays d'Europe.

Sir John Sibbald était bon et courtois avec tous ceux qui l'approchaient ; il était toujours prêt à aider de ses conseils et de son appui les jeunes camarades de sa profession. Il était le grand favori du monde médical d'Edimbourg et de toute l'Ecosse. Il a supporté les épreuves de sa dernière et douloureuse maladie avec son courage et son humeur habituels, qui ne se démentirent jamais durant sa vie. Sa mort est une perte cruelle pour les psychiatres d'Ecosse. Sir John laisse sa femme, Lady Sibbald, deux fils et cinq filles. Nous leurs adressons nos douloureuses condoléances.

Dr Freeman.

Asiles d'Aliénés. — Par dércet du Président de la République en date du 9 avril 1905 : « Les décrets des 16 août 1874, 11 août 1888 et 17 mars 1890 sont déclarés applicables aux asiles publics d'aliénés de Maison-Blanche et de Moisselles (Seine-et-Oise). »

CORRESPONDANCE

Personnel médical des asiles : Les médecins adjoints.

Cher Maître,

Je vous remercie d'avoir bien voulu tenir compte de mon opinion dans votre rapport sur les médecins dans les asiles.

J'ai su par M. Lande que le Conseil supérieur de l'A. P. semblait disposé à vous suivre dans la voie de l'utilisation des médecins-adjoints. J'ignore, par contre, le résultat final des délibérations et je vous serai reconnaissant de me le communiquer afin que j'en puisse faire, d'ores et déjà, mon profit.

Faudra-t-il, comme le souhaite la IV[e] Section, ne donner aux médecins-adjoints que des services de chroniques dans lesquels ils ne seront même pas les maîtres ? Je ne vois pas bien le profit de cette répartition. A de jeunes médecins actifs, il faut donner, selon moi, des malades *neufs*, dont l'observation et le traitement les intéressera plus vivement. Voyez ce qui se passe dans les hôpitaux. Les services d'incurables que je connais, quand ils sont visités par des chefs de service consciencieux, ne le sont que deux fois la semaine. Ne craignez-vous pas d'immobiliser les médecins-adjoints en voulant les utiliser ?

Ce n'est pas que les services de chroniques manquent d'intérêt. Je m'y arrête pour ma part très volontiers et longuement.

Je m'instruis en examinant un chronique, je fais appel à tout ce qui lui reste d'activité mentale ou physique et j'essaie de l'arrêter sur la pente qui le conduit, prématurément bien des fois, à l'inertie et au gâtisme. Et qu'on ne dise pas qu'il n'y a dans ce sens rien à faire ! En deux ans, dans mon service, le nombre des travailleuses a augmenté d'un tiers et le chiffre des gâteuses s'est abaissé de 80 % (1).

Mais je crains que l'observation et le traitement des chroniques n'exercent pas sur les médecins adjoints une séduction suffisante et je suis d'avis de leur donner à la fois des cas aigus et des cas chroniques. Un service d'aliénés doit, à mon sens, se composer de *quartiers-hôpitaux* ou de traitement ; de *quartiers-hospices* ou d'hospitalisation ; mes malades passent, à tous moments, des uns aux autres. Pour donner un service aux médecins-adjoints, il suffit de prendre une proportion convenable et *assortie* de quartiers-hôpitaux et de quartiers-hospices. Le médecin-adjoint serait, par délégation préfectorale, en attendant mieux, responsable de ce service.

(1) C'est là une vérité sur laquelle on ne saurait trop insister. (B.)

Le service du médecin en chef pourrait être en outre une sorte d'admission d'où les malades seraient versés dans les divers services, où ils repasseraient même avant leur sortie. Le certificat de sortie signé par les médecins-adjoints serait contresigné par le médecin en chef.

Ce système sera-t-il parfait ? Je ne le crois pas. Il me paraît cependant représenter une solution moyenne et honorable entre deux extrêmes qui sont, d'un côté, la situation actuelle, vraiment inacceptable, des médecins-adjoints ; de l'autre, l'autonomie absolue accordée immédiatement après le concours à de jeunes médecins dont *quelques-uns* s'imagineront qu'ils n'ont plus rien à apprendre de leurs aînés.

Pardonnez-moi cette lettre bien longue et qui, d'ailleurs, vient trop tard, et veuillez croire à mes sentiments dévoués.

D[r] ANGLADE.

Votre lettre est trop intéressante, mon cher collègue, pour que vous ne soyez point pardonné et je fais de nouveau appel aux médecins en chef, médecins directeurs et médecins adjoints pour nous aider à réaliser le plus de réformes possibles dans nos asiles. B.

ASSISTANCE ET PÉDAGOGIE

Institut médico-pédagogique de M. le D[r] Jean Malarewski à Saint-Pétersbourg.

L'*Institut médico-pédagogique*, fondé par M. le docteur Jean Malarewski en 1882, de sa propre initiative et avec ses fonds personnels, a pour objet l'éducation et l'instruction des enfants intellectuellement et moralement dégénérés.

L'Institut se divise en deux parties : une pédagogique, l'autre médicale. Dans toutes les deux on accepte les enfants des deux sexes. Dans la division médicale se trouvent les enfants épileptiques, idiots et imbéciles. Cette division médicale se subdivise encore en deux groupes : le groupe inférieur et le groupe supérieur. Dans le premier on applique le système de MM. Séguin et Bourneville. Les élèves du 2[e] groupe passent leur temps à des travaux physiques, par exemple : en hiver sciage de bois ; en été, travaux de labourage.

La division pédagogique reçoit les enfants nerveux, neurasthéniques, hystériques et en général les enfants arriérés. Cette division comprend trois groupes : l'inférieur, le moyen et le supérieur.

Le groupe inférieur correspond aux enfants dont l'état de dégénérescence ou d'anormalité a été remarqué avant l'âge de l'école. Le moyen comprend les enfants de 12-15 ans dont l'anormalité a été remarquée dans plusieurs écoles dont ils ont été successivement renvoyés, à cause de leur incapacité ou de leur développement insuffisant. Le supérieur est formé par les enfants de 15 ans et au-dessus dont l'anormalité est apparue seulement pendant l'âge de la puberté.

Dans l'Institut il y a pour chaque groupe des dortoirs, et des salles de classe, les réfectoires et les ateliers sont communs.

Pour l'éducation des enfants on applique le système qui est établi par la longue expérience des fondateurs de l'Institut, et est conforme sous beaucoup de rapports à ceux exposés, d'après la pratique de Bicêtre, par M. le Dr Thulié, dans son ouvrage *Dressage des jeunes dégénérés* (1). La vie des élèves est très variée : en hiver ils demeurent à Pétersbourg; en été, ils jouissent de l'agrément d'être à la ferme du chef de l'Institut aux bords du lac Ladoga. Les élèves y travaillent aux champs ou attrappent des poissons à l'aide d'un outil spécial à une distance de 10 à 12 verstes du bord (Méthode de M. Scharko.)

Le traitement dans cet Institut dure habituellement de 3 à 5 ans ou plus suivant le succès des élèves. Après cela, ils sont capables d'être une aide de leurs parents ou ils peuvent continuer leurs études dans un collège ou à l'Université.

Il y a dans l'Institut un personnel médico-pédagogique de 50 personnes pour 82 élèves. — Les 82 élèves comprennent 17 jeunes filles et 65 garçons. — La division médicale se compose de 50 enfants qui sont les suivants : 28 épileptiques, 12 hystériques, 10 idiots.

La division pédagogique 30 : 3 épileptiques, 10 hystériques, 2 kleptomanes, 11 neurasthéniques, 4 nerveux.

Le prix est de 1.800 francs pour une année complète. Bien que ce prix soit très élevé, de nombreuses demandes d'admission arrivent de diverses provinces de la Russie ; car de telles institutions identiques ne sont pas nombreuses (1). Il y en a par exemple, une

(1) Mme la doctoresse Malarewsky est venue visiter notre service en 1892 (?), et pendant quelque temps a suivi tous les exercices qui s'y font, étudié avec soin tous nos procédés. La note qui précède est due à son fils qui, lui, à son tour, a examiné avec beaucoup de soin tout ce que nous faisons à Bicêtre, à la Fondation Vallée et à l'*Institut médico-pédagogique*. — Voir entre autres, le *Compte-rendu* de 1903, p. XXVIII, LXIV et CLXIV. (B.)

à Kieff du docteur Sikorsky, à Saint-Pétersbourg de Michel Malarewski, fils de Jean Malarewski où les élèves ne viennent que pour leur éducation. Il existe encore des établissements privés fondés par quelques personnes pieuses ; ces établissements ont pour base l'ignorance humaine, c'est-à-dire que leur espérance unique est dans la croyance en Dieu, en la Sainte Vierge Marie, etc.

VARIA

Hommage au Dr W. Ireland.

Le 4 mars 1905, le Dr Ireland a été l'ojet d'un hommage bien mérité. La cérémonie a eu lieu dans la bibliothèque du Collége royal de médecine d'Edimbourg. Le Dr Playfair présidait, de nombreux médecins étaient venus de toutes les parties du pays. Le Dr Clawton présenta le Dr Ireland qui remercia ses confrères. Puis, sur la proposition du Dr Gellowlees, on vota des remerciements au comité et au Dr Thomson son secrétaire. Voici la copie de l'adresse :

« A l'occasion du 50e anniversaire de votre doctorat et en témoignagne de l'admiration générale pour votre travail d'un demi-siècle nous tenons à vous exprimer nos cordiales congratulations et nous vous prions d'accepter le don qui les accompagne.

« Vous êtes entré dans notre profession au moment où la médecine posait ses bases sur des éléments scientifiques. Guidé à l'Université d'Edimbourg par des maîtres de la plus haute valeur, vous avez travaillé vous même à l'avancement de la médecine. Et malgré votre blessure, reçue dans la campagne des Indes, dont vous souffrez encore, vous avez continué votre labeur dédaignant une vie aisée et facile. Vous avez laissé votre empreinte dans les lettres, la science et l'histoire ; vous avez ouvert une nouvelle voie en étudiant la psychologie et l'hérédité des hommes célèbres. La meilleure preuve en est l'interdiction en Russie de votre étude sur un des maîtres de ce pays. Vous intéressez tous les lecteurs. *La tache sur le cerveau*, *A travers la Porte d'Ivoire*, feront vivre votre nom dans l'avenir.

« En médecine, vous avez fait de l'étude des *anormaux* votre prédilection, ainsi que le montre votre livre *Des affections mentales des enfants*. Vos travaux et votre pratique médicale rendent la science et l'homme vos débiteurs. Vos travaux personnels sur les maladies mentales et nerveuses et dans d'autres départements de la médecine, vos traductions disséminées dans beaucoup de journaux, sont d'un grand intérêt et de haute valeur.

« Beaucoup de sociétés scientifiques, appréciant hautement votre œuvre, vous ont conféré le titre de membre honoraire. Votre vie a

été un effort continu. Votre accumulation de connaissances acquises par une lecture étendue a toujours été mise volontiers à la disposition de vos confrères. Peu de personnes de la profession pourraient trouver ailleurs une aide aussi appréciable de références.

« Au-dessus de tous ces mérites, c'est votre caractère, unissant la modestie et l'humour général avec la véracité et le sérieux, qui a gagné notre respect et notre affection. Nous tenons à vous exprimer cordialement nos vœux pour une longue et heureuse vie d'utilité constante. Nous espérons que vous jouirez toujours du bonheur de l'homme, qui « reste simple, bon, sincère, sérieux, sans affectation, ami de la justice, attaché et persévérant dans le devoir ». Marcel B.

L'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIERS DES ASILES D'ALIÉNÉS, par le Dr VAN DEVENTER.

Cette question se trouve pour ainsi dire résolue dans tous les pays du monde. Les rapports officiels des asiles étrangers nous informent que les médecins des asiles étrangers se chargent de cet enseignement. Tous, sans aucune distinction, reconnaissent les progrès réalisés dans leurs asiles et chez les infirmiers depuis que l'enseignement se trouve organisé, et nous ne mentionnons le travail du savant psychiatre de Meeremberg que pour annoncer qu'à l'heure actuelle la Hollande compte 450 infirmiers spéciaux diplômés pour les asiles d'aliénés (1). (*Annales médico-chirurgicales*, août 1905.)

FAITS DIVERS

ASILES D'ALINÉS. — *Mouvement d'avril et de mai* 1905. — M. le Dr Rogues de Fursac, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Pélissier, médecin adjoint à l'asile de Marseille, promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. Sabal, sous-préfet de Coutances, est nommé directeur de l'Asile d'aliénés de Bron (Rhône) en remplacement de M. Ligier, décédé. — M. Cuvelier, directeur de l'asile d'aliénés de Rennes, promu à la 2e classe du cadre. — Simonet, secrétaire de la direction de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne, est nommé directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Dujardin, décédé.

ASILE DÉPARTEMENTAL DES ALIÉNÉS DE MOISSELLES.— Une place d'interne est vacante. Le traitement est de 800 francs, plus 400

(1) L'Angleterre compte en ce moment au-delà de 500 gardiens spéciaux diplômés, pour ses asiles. — Le nombre exact croyons-nous, est supérieur à ce chiffre.

francs d'indemnité de déplacement et logement, éclairage, chauffage, nourriture. Adresser les demandes au Directeur-Médecin de l'Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).— Pièces à produire : 1° expédition d'acte de naissance ; 2° extrait de casier judiciaire ; 3° certificat de bonnes vie et mœurs ; 4° certificat de revaccination ; 5° certificat constatant 16 inscriptions ; 6° certificat constatant les services hospitaliers. Ces deux derniers certificats doivent indiquer que le candidat n'a pas subi de peines disciplinaires graves.

Maison nationale de Charenton. — Le concours pour le poste de médecin suppléant de la Maison Nationale de Charenton s'est terminé par la nomination de notre distingué collaborateur, M. Roger Mignot, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés.

Evasion d'un aliéné assassin. —Au mois de janvier de l'année dernière, un coiffeur, demeurant Grande-Rue à Sèvres, Pierre Rollin, se croyant, bien à tort, trompé par sa femme, la tuait au cours de son sommeil de trois coups de revolver. Certains symptômes d'aliénation mentale observés chez le coupable permirent aux médecins de conclure à son irresponsabilité, et le juge d'instruction fit, en conséquence, interner Rollin à l'asile de Clermont, dans l'Oise. Rollin s'en évadait il y a huit jours et revenait inopinément chez sa fille aînée, à Clamart, disant qu'on l'avait remis en liberté ; celle-ci ayant refusé de recevoir le meurtrier de sa mère, Rollin se cacha à Boulogne, puis, ne se jugeant pas en sécurité si près de Sèvres, il partit pour Melun. Mais son signalement avait été envoyé dans toutes les directions et le fugitif a été arrêté hier à Boissy-Saint-Léger, d'où il a été reconduit sur Versailles, à la disposition du Parquet.

Drame de l'alcoolisme. — Dans une crise de folie alcoolique, Pierre Mounes, 20 ans, demeurant à Bos-Silhem (Hautes-Pyrénées), a introduit de force une bouteille vide dans la bouche et la gorge de sa vieille tante chez qui il logeait. La malheureuse a eu les maxillaires détachés et la langue arrachée. Elle est morte après d'horribles souffrances. Pierre Mounes a été conduit à la prison d'Argelès. Il rit et chante ; il est inconscient. (*Bonhomme normand* du 10 fév.)

Hopital de la Pitié. — *Maladies nerveuses* : M. Babinski, samedi à 10 h. 1/4.

Hospice de la Salpêtrière.— *Maladies mentales* : Dr Deny, le jeudi à 10 heures (section Rambuteau).

Clinique des maladies du système nerveux. M. le professeur Raymond. — *Cours complémentaire et pratique* (1re *série*) *d'anatomie pathologique*. — M. le Dr Alquier, chef des travaux anatomi-

ques, commencera, le mardi 13 juin 1905, à 5 heures de l'après-midi, un cours pratique d'anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière. Ce cours aura pour objet l'étude pratique de l'anatomie pathologique (tumeurs, lésions inflammatoires, principales lésions des tissus, organes et appareils). Il comprendra l'étude, sur des pièces anatomiques et des préparations histologiques, des caractères propres à chaque lésion et des méthodes techniques à employer dans chaque cas en particulier. Les élèves seront exercés aux manipulations histologiques et devront faire eux-mêmes une collection de préparations qui, le cours fini, resteront leur propriété.

Le cours durera un mois et aura lieu tous les jours à 5 heures de l'après-midi. Le laboratoire sera ouvert aux élèves qui voudront y travailler tous les jours, de 9 heures du matin à midi et de 1 heure 1/2 de l'après-midi à 5 heures. Les matériaux d'étude, réactifs et instruments nécessaires, seront mis à leur disposition. Le droit à verser est fixé à 80 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin au docteur Alquier, à la Salpêtrière. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville. Visite et présentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précises. — *Consultation médico-pédagogique* gratuite pour les enfants le jeudi à 9 h. 1/2.

Cours pratique d'hypnologie et de psychothérapie. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez ont commencé, le jeudi 25 mai 1905, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie. Ce cours est privé ; il comporte des démonstrations pratiques et sera complet en douze leçons ; il est fait à l'école de psychologie, 49, rue Saint-André-des Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de 10 heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance. Le droit d'inscription est fixé à 60 francs. Les leçons auront lieu aux dates suivantes : M. Bérillon, les 25, 27 et 30 mai, les 3, 6 et 8 juin, à 10 heures 1/2 du matin. M. le Dr Paul Farez, les mêmes jours, à 5 heures de l'après-midi.

Aliéné alcoolique. — Dans un accès de fureur alcoolique, Vallée, 45 ans, cultivateur à Boissy-Maugis (Orne) a tenté d'égorger sa vieille mère, âgée de 80 ans. On l'a réintégré à l'asile d'Alençon d'où il venait de sortir. (*Bonhomme Normand*, 20 mai).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOURNEVILLE. — *Fixation du nombre des médecins dans les asiles publics d'aliénés.* — Rapport fait au Conseil supérieur de l'Assistance publique. In-4° de 58 pages.

CHARON (R.). — *Rapport médical et compte rendu administratif de l'exercice 1904 sur l'Asile de Dury-lès-Amiens.* In-8° de 92 pages. Imp. Redonnet, à Amiens

DEJACE. — *Voyage d'études médicales aux stations thermales du Centre de la France.* 1 vol. In-8° de 94 pages. Imp. Faust-Truyen à Liège.

DERCUM (F. X.). — Dementia prœcox In-8° de 8 pages. Chicago.

DONALDSON and David J. DAVIS. — A description of charts showing the areas of the cross sections of the human spinal cord at the level of each spinal nerve. In-8° de 40 pages. (The Journal of comparat. neurology)

DONALDSON and HOKE. — On the areas of the axis cylinder and medullary sheath as seen in cross sections of the spinal nerves of vertebrates. In-8° de 16 pages. (The Journal of comparat. neurology.)

DONATH (J.). — *Der phosphorsauregehalt der cerebrospinalflüssig*

keit bei verschiedenen, inbesondere nervenkrankheiten. In-8° de pages. J. Trubner. Strassburg.

DONATH (Julius). — Pupillenprüfung und pupillenreaktionen In 8° de 26 pages.

DUMAS. — *Lettres à un jeune homme qui veut étudier la médecine.* In-8° de 62 pages. Librairie Henry Paulin, 21, rue Hautefeuille. Prix : 0 fr. 60.

ELMER D. MERRILL. — New or note-worthy Philippine plants, II In-8° de 48 pages. Manila.

FRANKL-HOCHWART. — Die thomsen'che Krankheit. 1 vol. In-8° de 16 pages. Urban et Schwarzenberg. Berlin.

First annual report of the Henry Phipps institute. 1 vol. In-8° de 226 pages.

HIRSCHLAFF. — Hypnotismus und suggestiotherapie. I vol. In-16 de 270 pages. J. A. Barth à Leipzig.

JACOBI (A.).— The history of pediatrics and its relation to other scienzce and arts. In-8° de 58 pages (American Medicine.)

JAMIN-DAVIAU. — *De la diathèse goutteuse au* XVIII° *siècle et au commencement du* XIX°. In-8° de 80 pages. Thèse de Paris. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.

KRAEPLIN (Emil). — Einführung in die psychiatrische klinik. 1 vol. In-8° de 374 pages. Barth, Leipzig.

MARC STEPHANE.— *La Cité des Fous* (Souvenirs de Sainte-Anne). In-18 de 180 pages. Cabinet du Pamphlétaire. Parc de Neuilly, 91, rue Perronnet, 1905.

MARCHAND (L.). — Syphilis et paralysie. In-8° de 20 pages. Extr. de la *Presse Médicale.* Librairie Masson, 120, boulev. St-Germain.

MESUREUR. — *Instruction générale aux surveillantes des Hôpitaux et Hospices.* In-8° de 32 pages.

MÖBIUS (P. J.). — Im grenzlande aufsätze über sachen des glaubens. 1 vol. In-8° de 228 pages. Barth, Leipzig.

MUSGRAVE (W. E.). — Amebas. Their cultivation and etiologic significance. In-8° de 118 pages. Manilla.

PARMENTIER (Henri). — *Analyse spectrale des urines normales ou pathologiques sensito-colorimétrie.* 1 vol. In-16 de 158 pages. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne. Prix : 3 fr.

PELLETIER (Mlle). — L'écho de la pensée et la parole intérieure. In-8° de 24 pages. Institut Général psychologique.

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du n° d'avril 1905 : NAVILLE (Adrien). La primauté logique des jugements conditionnels. — MARTIN (Jules). L'institution sociale (1er article). — Dr CHAMPEAUX. Essai de sociologie microbienne et cellulaire. — J. PÉRÈS. Réalisme et idéalisme dans l'art. — HANNEQUIN. Les philosophies médiévales d'après M. Picavet. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Correspondance. — Livres nouveaux. Abonnement, du 1er janvier : un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr. Librairie Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6°).

SALIGNAT (L.). — Le massage thérapeutique de l'abdomen. 1 vol. In-18 de 278 pages. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

A

B

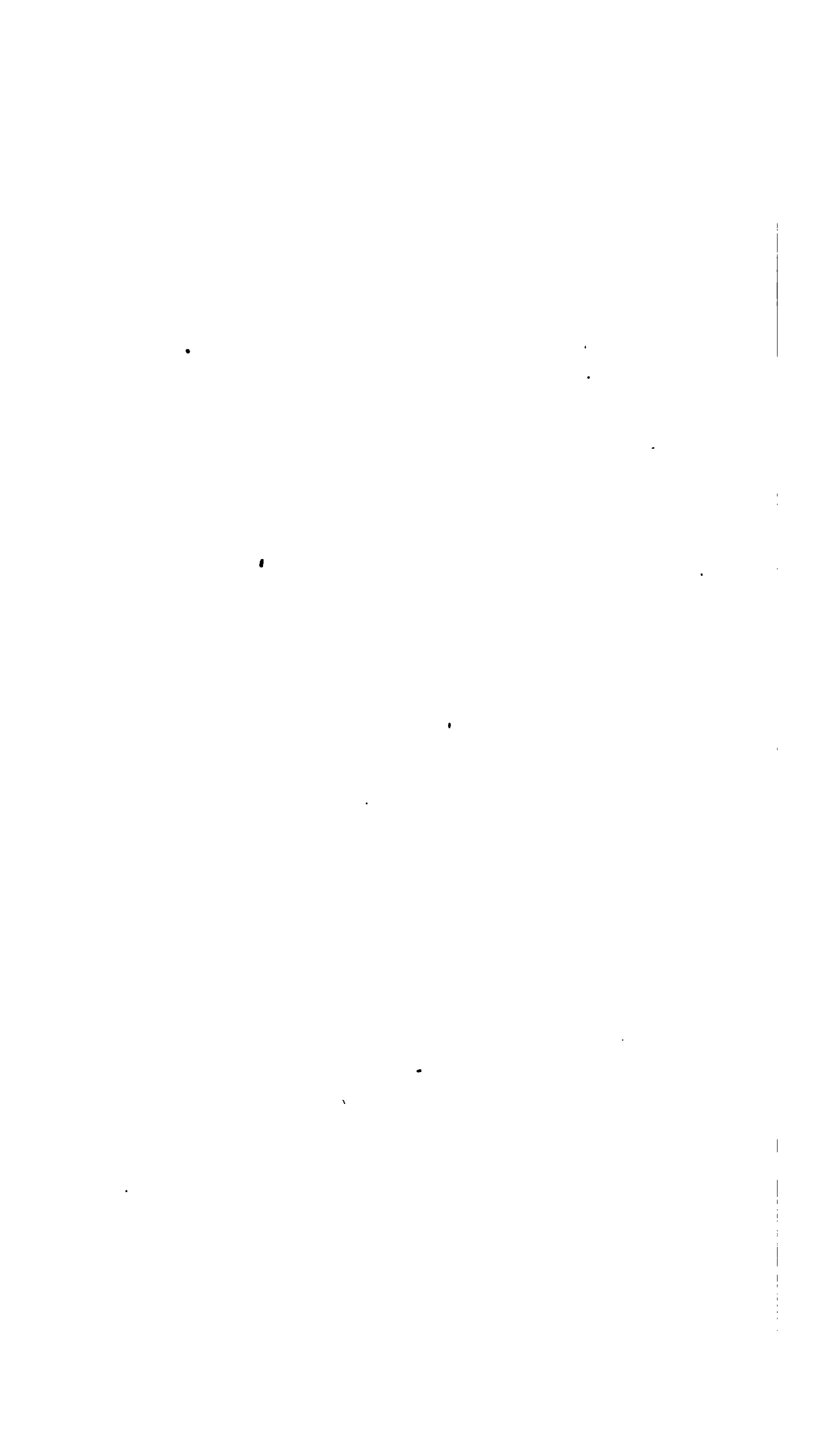
C

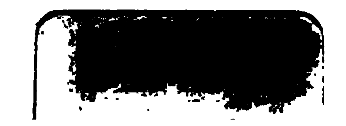
D

E

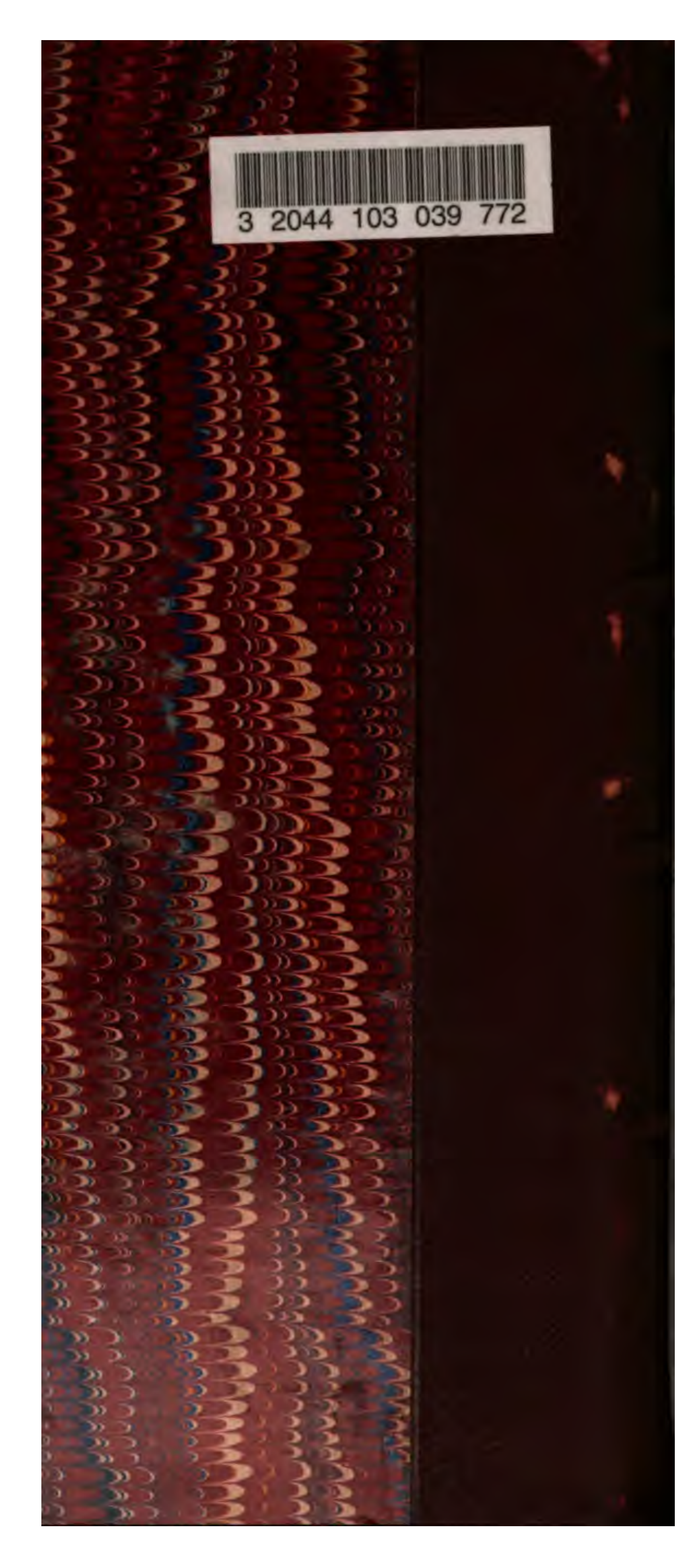
Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.








U HOLZER
BINDER


3 2044 103 039 772